



Psicopatologia de tipo Internalizante e Recursos de Resiliência em Adolescentes

Candidata:

Daniela Patrícia Garcia Rosado

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação efetuada sob a orientação:

Professora Doutora Ida Lemos

2016

Universidade do Algarve
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Departamento de Psicologia e Ciências da Educação

Psicopatologia de tipo Internalizante e Recursos de Resiliência em Adolescentes

Candidata:

Daniela Patrícia Garcia Rosado

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação efetuada sob a orientação:

Professora Doutora Ida Lemos

2016

Psicopatologia de tipo Internalizante e Recursos de Resiliência em Adolescentes.

Declaro a Autoria do Trabalho

Declaro ser o autor deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam na listagem de referências incluídas.

Daniela Patrícia Garcia Rosado

Copyright Daniela Patrícia Garcia Rosado

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja alvo de dado crédito ao autor e editor.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Prof. Doutora Ida Lemos pelos ensinamentos que me transmitiu, pelo apoio e pelas partilhas que teve ao longo deste percurso. Foram, sem dúvida, importantes para terminar esta etapa da minha vida profissional.

Agradeço ao meu colega Olímpio Paixão, pela disponibilidade e pela ajuda prestada no tratamento dos resultados.

À minha colega e amiga Helena Carvalhinho pelo incentivo, companheirismo e amizade durante este ciclo de estudo.

Aos meus Amigos, pelos momentos de partilha de alegria e de força pois foram fundamentais durante este percurso.

À minha família, mãe, pai e irmão por serem aquelas pessoas que estão incondicionalmente comigo e em todo o percurso que realizei até chegar aqui!
OBRIGADA!

Resumo

O presente estudo tem por objetivo principal investigar eventuais relações entre problemas psicopatológicos do tipo internalizante (Perturbação de Ansiedade Generalizada, Perturbação de Pós-Stress Traumático, Depressão Major, Suicídio, Problemas de Autoconceito e Problemas Interpessoais) e a presença ou ausência de recursos de resiliência (externos e internos) numa amostra de 620 adolescentes da população geral, de modo a compreender quais os recursos protetores ou de resiliência com maior impacto na presença de problemas psicopatológicos.

Do mesmo modo, foi objetivo analisar quais os fatores individuais (*e.g.*, sexo, idade, sucesso académico) e contextuais (*e.g.*, família, escola, pares e comunidade) que poderiam influenciar a presença ou ausência de problemas psicopatológicos, estando estes associados ao bem-estar e adaptação psicossocial dos adolescentes. Para recolha de informação utilizámos a escala *California Healthy Kids Resilience Assessment Module* – versão 6.0 (Benard, 1995), o Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI (Derogatis, 1977), e a Escala de Psicopatologia do Adolescente - APS-SF (Reynolds, 2000).

Relativamente aos principais resultados obtidos, as raparigas reportavam mais psicopatologia do tipo internalizante do que os rapazes e os adolescentes mais velhos (15-19 anos) apresentavam mais sintomas psicopatológicos. Os resultados sugerem ainda que os adolescentes que apresentavam sintomatologia do tipo internalizante relataram menos recursos de resiliência internos e externos para lidar com a adversidade. Por último, a resiliência surgiu como um fator preditor dos problemas de autoconceito.

Palavras-Chave: Adolescência; Psicopatologia do tipo internalizante; Recursos de Resiliência, Escala da Psicopatologia do Adolescente – APS-SF.

Abstrat

This study is primarily to investigate possible links between psychopathological problems of internalizing type (Generalised Anxiety Disorder, Post-Traumatic Stress Disorder, Major Depression, Suicide, Self-concept problems and Interpersonal Problems) and the presence or absence of resiliency features (external and internal) in a sample of 620 adolescents in the general population, in order to understand what protective features or resilience with greater impact in the presence of psychopathological problems.

Similarly, it was to analyse which individual factors (*e.g.*, gender, age, academic success) and contextual (*e.g.*, family, school, peers and community) that could influence the presence or absence of psychopathological problems, and these are associated with wellbeing and psychosocial adjustment of adolescents. To collect information used the California Healthy Kids Scale Resilience Assessment Module - version 6.0 (Benard, 1995), the Brief Symptom Inventory – BSI (Derogatis, 1977), and the Adolescent Psychopathology Scale - APS-SF (Reynolds, 2000).

On the main results obtained, girls have more internalizing psychopathology type than boys and older adolescents (15-19 years) had more psychopathological symptoms. The results suggest that adolescents who had symptoms of internalizing kind reported less internal and external resiliency features to deal with adversity. Finally, the resilience emerged as a predictor of self-concept problems.

Key-Words: Adolescence; Internalizing psychopathology type; Resilience resources; Adolescent Psychopathology Scale - APS-SF.

ÍNDICE

1. Introdução	9
1.1. Psicopatologia na Adolescência	12
1.2. O estudo da Resiliência no Adolescente.....	13
1.3. A relação entre Psicopatologia e Resiliência na adolescência.....	16
2. Questões de Investigação	21
3. Método	22
3.1. Desenho do Estudo	22
3.2. Amostra.....	22
3.3. Instrumentos de Recolha de Dados.....	24
3.4. Procedimentos de Recolha de Dados	27
3.5. Procedimentos de Análise e Tratamento de Dados	28
4. Resultados.....	29
4.1. Resultados da Adolescent Psychopathology Scale – Short From (APS-SF) e Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) para Adolescentes.	29
4.2. Resultados obtidos no California Healthy Kids Resilience Assessment Module	34
4.3. Correlações entre as Subescalas do APS-SF, Índice Geral de Sintomas do BSI e as escalas do HKRAM	38
4.4. Efeito preditor da Psicopatologia do tipo Internalizante	41
5. Discussão	43
6. Conclusão e limitações do estudo.....	48
Referências Bibliográficas.....	50
Anexos.....	54
Anexo A.....	55
Anexo B.....	58

ÍNDICE DAS TABELAS

Tabela 1 Caraterização Sociodemográfica da amostra segundo o sexo, o nível de escolaridade, o nº de reprovações, o nível socioeconómico (NSE) e a zona de residência.	23
Tabela 2 Caraterização da amostra segundo o tipo de estrutura familiar e o nível de escolaridade dos pais.	24
Tabela 3 Médias e Desvios-Padrão das escalas da APS-SF, Índice Geral de Sintomas (BSI) e teste de <i>t de student</i> em função do sexo dos adolescentes.	30
Tabela 4 Médias e Desvios-Padrão das escalas da APS-SF, Índice Geral de Sintomas (BSI) e teste de <i>t de student</i> em função do grupo etário.....	31
Tabela 5 Médias e Desvios-Padrão das escalas da APS-SF, Índice Geral de Sintomas (BSI) e teste de <i>t de student</i> em função da Zona de Residência.....	32
Tabela 6 Médias e Desvios-Padrão das escalas da APS-SF, Índice Geral de Sintomas (BSI) e teste ANOVA em função do nível socioeconómico (NSE) dos adolescentes.	33
Tabela 7 Médias e Desvios-Padrão das escalas da APS-SF, Índice Geral de Sintomas (BSI) e teste ANOVA em função da estrutura familiar dos adolescentes.....	34
Tabela 8 Médias e Desvios-Padrão das escalas do HKRAM e teste de <i>t de student</i> em função do sexo dos adolescentes.	35
Tabela 9 Médias e Desvios-Padrão das escalas do HKRAM e teste de <i>t de student</i> em função do grupo etário dos adolescentes.	36
Tabela 10 Médias e Desvios-Padrão das escalas do HKRAM e teste <i>t de student</i> em função da separação face aos pais na infância.....	37
Tabela 11 Médias e Desvios-Padrão das escalas do HKRAM e teste ANOVA em função do tamanho da família onde estão inseridos os adolescentes.	38
Tabela 12 Correlações entre o Índice Geral de Sintomas do BSI e as escalas do APS-SF e as escalas do HKRAM.....	40
Tabela 13 Efeito preditor da Idade e da Resiliência Total nas diferentes Psicopatologias do tipo Internalizante.....	42

1. Introdução

O desenvolvimento na adolescência tem sido alvo de um dos principais debates teóricos da psicologia evolutiva, pois tem-se questionado se esta fase seria um período natural do desenvolvimento ou se seria uma construção artificial, produto de uma determinada organização social e cultural (Oliva, 2004). No decorrer do século XIX, Stanley Hall conduziu as primeiras investigações nesta matéria, que vieram assinalar a importância da adolescência enquanto um novo e marcante estágio do desenvolvimento humano, caracterizado como um período descontínuo e tumultuoso, e por isso digno de investigação científica (Dubas, Miller & Petersen, 2005; Oliva, 2004; Rutter, 1976)¹.

Com o desenrolar da adolescência nos diferentes países e nas diferentes culturas, a tese da universalidade e da homogeneidade foi posta em causa (Braconnier & Marcelli, 2000). Em meados do século XX, estudos antropológicos realizados por Margaret Mead e Ruth Benedict mostram que as dificuldades atravessadas na adolescência são um fenómeno marcadamente cultural e que a agitação e a tensão que os adolescentes sentem nesta fase são fruto das exigências e expectativas da cultura onde estão inseridos. Para além disso, o principal determinante das dificuldades atravessadas nesta fase, surge através do processo de socialização, que é descontínuo em cada sociedade, pois existe uma necessidade em cada indivíduo de aprender um conjunto de comportamentos, papéis de atitudes ligados à vida adulta, diferentes daqueles que são aprendidos na infância (Dubas, Miller & Petersen, 2005; Schlegel & Hewlett, 2011; Sprinthall & Collins, 1995).

Foram também essenciais para o estudo do desenvolvimento na adolescência, as teorias de Piaget relativamente ao desenvolvimento cognitivo da criança, os estudos de Kohlberg relativamente ao desenvolvimento moral e as teorias sobre o desenvolvimento da personalidade de Erikson, cuja ênfase desta fase é a construção da identidade (Marcia, 2001, citado por Lemos, 2007).

Devido às profundas mudanças e transformações que ocorrem no indivíduo, Claes (1990) referiu quatro tarefas desenvolvimentais que são essenciais ocorrerem nesta fase:

¹ A adolescência pode ser definida como o período de transição da infância para a idade adulta, sendo que o seu começo e o seu fim não são claramente definidos: inicia-se aproximadamente entre 12/13 anos e prolonga-se até aos 20 anos de idade (Oliva, 2004).

a) *desenvolvimento pubertário*, referente às mudanças corporais que ocorrem nos rapazes e nas raparigas, bem como, a necessidade de reconstruir uma imagem corporal sexuada, assumir a identidade de género masculina ou feminina e ascender progressivamente à sexualidade adulta; b) *desenvolvimento cognitivo*, marcado por um conjunto de modificações quantitativas e qualitativas onde se irá diferenciar o modo de abordar o real que caracteriza o universo infantil, o qual se traduz em duas aquisições principais: o aumento das capacidades de abstração e o alargamento das perspetivas temporais; c) *modificações na socialização*, que se refere às modificações ao nível das relações sociais e dos agentes de socialização; ou seja, durante esta fase a ascendência predominante da família vai sendo substituída pelo grupo de pares como fonte de referência social; e d) *construção de identidade*, onde o adolescente progressivamente adquire uma nova subjetividade que modifica a representação de si próprio e do outro. Também Erikson (1976) pontuou que a construção da identidade é um “*processo adolescente que só está inteiramente concluído quando o indivíduo subordinou as suas identidades da infância a uma nova espécie de identificação, realizada com a absorção da sociabilidade e a aprendizagem competitiva com (e entre) os companheiros da sua idade*” (p.156).

A construção da identidade é um processo interno ao indivíduo, mas que ao mesmo tempo depende da influência da sociedade e da cultura. Neste sentido, Evans & Seaman (2000) referem que o autoconceito é um constructo fundamental na construção da identidade e no desenvolvimento do indivíduo. É um constructo multidimensional, pois engloba diferentes aspetos do *self*, nomeadamente social, cognitivo e físico. Segundo estes autores, um baixo autoconceito está associado a dificuldades em lidar com a adversidade, por exemplo, uma pessoa cujo autoconceito se baseia unicamente no relacionamento com colegas, caso faça algo que perturbe os seus amigos, o seu autoconceito global vai ser afetado negativamente; no entanto, se uma pessoa cuja autoconceito global é constituído por relações com os seus pares, desempenho académico, desempenho atlético e relações com os pais, esta tem a opção de se concentrar em outros aspetos do *self*, e lidar de outra forma com as experiências negativas.

Nesta ordem de ideias, é consensual que a estabilidade psíquica e emocional com que os indivíduos atravessam a fase da adolescência depende da forma como o próprio leva a cabo as tarefas desenvolvimentais (Claes, 1990; Braconnier & Marcelli, 2000). Todavia, além das exigências pessoais que são expectáveis durante a fase de

desenvolvimento, também o contexto social contribui largamente para que essas tarefas sejam desenvolvidas com sucesso.

Na análise dos fenômenos psicossociais envolvidos na adolescência, a literatura aponta-nos muitas vezes para a importância das interações familiares e das interações com os pares enquanto fator contributivo para o desenvolvimento do indivíduo.

Se por um lado, a família é considerada a instituição que oferece a segurança necessária à criança durante o seu período de imaturidade biológica, é também a instituição que proporciona a socialização primária (*e.g.*, valores, hábitos e costumes) (Rozemberg, Avanci, Schenker & Pires, 2002; Silva, 2004). A relação de apoio e comunicação adequada entre pais e adolescentes está relacionada com a ausência ou presença de risco psicossocial (Marta, 1997). Smetana, Campione & Metzger (2006) demonstraram que mudanças estruturais na família, (*e.g.*, divórcio), levam a interrupções temporárias nas relações com os filhos, prejudicando as relações de comunicação e apoio entre pais e filhos. Todavia, quando as separações são feitas de forma estável, é menos evidente este conflito entre pais-filhos. Ainda segundo estes autores, as famílias que são constituídas por um maior número de irmãos, têm a capacidade de proporcionar maior afetividade, menor competição e menos conflitos entre os membros da família.

Por outro lado, a influência do grupo de pares é fundamental para o adolescente, pois melhora a aprendizagem ao nível das relações interpessoais necessárias ao futuro adulto (Braconnier & Marcelli, 2000) e também contribui para a identidade individual, pois, é na dependência da identidade social que a identidade individual é construída, pelo que o grupo tem a sua contribuição na organização psíquica do adolescente, favorecendo mais ou menos áreas do funcionamento particular de cada um (Strech, 2005).

Assim sendo, o percurso desenvolvimental pode proporcionar ao indivíduo o surgimento de psicopatologia devido à vulnerabilidade que acompanha esta fase, pois as alterações que acompanham o desenvolvimento na adolescência, podem desencadear o surgimento de problemas psicopatológicos, nomeadamente dos tipos internalizante e externalizante.

1.1. Psicopatologia na Adolescência

Devido às muitas alterações decorridas durante a fase da adolescência, os indivíduos podem estar vulneráveis ao surgimento de problemas psicopatológicos; deste modo, a questão do normal e do patológico é colocada em evidência nesta fase de desenvolvimento devido à multiplicidade de comportamentos/emoções que aqui podem ser observados (Braconnier & Marcelli, 2000).

A psicologia do desenvolvimento tem salientado que o desenvolvimento normativo fornece uma comparação crucial e necessária para determinar se o comportamento dos adolescentes é atípico ou problemático. Porém, sabemos que aquilo que é considerado normativo, é um desafio na área da saúde e da clínica, pois apesar de existir uma vasta gama de comportamentos que são considerados típicos de uma determinada geração, durante o desenvolvimento, as diferenças individuais entre jovens, nomeadamente a capacidade cognitiva e a regulação emocional, sofrem mudanças ao longo do tempo (Drabick & Kendall, 2011).

A incidência de perturbações mentais² na adolescência é tida em consideração por diversos autores (*e.g.*, Drabick & Kendall, 2011; Kazdin & Buella-Casal, 1998; Marcelli & Braconnier, 2005; Rutter & Sandberg, 1985; Rutter, 2007), particularmente, no que se refere às perturbações do comportamento alimentar, perturbações depressivas, esquizofrenia, abuso de substâncias e perturbações do comportamento (*e.g.*, comportamento delinquente e antissocial; problemas de oposição/recusa escolar). Para além disso, a prevalência destes comportamentos podem estar também relacionados com fatores de ordem familiar (Rutter & Sandberg, 1985).

Em contrapartida, sabemos que o diagnóstico de crianças e adolescentes tem de ser analisado com mais cuidado, visto que é de mais difícil definição que nos adultos. Hudziak, Achenbach, Althoff & Pine (2007) consideram que devido a estas diferenças, o

² A Associação Americana de Psiquiatria (APA) define perturbação mental como “*síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa da cognição, da regulação da emoção, ou do comportamento do sujeito que reflete uma disfunção dos processos psicológicos, biológicos ou do desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. As perturbações mentais estão geralmente associadas a um significativo mal-estar ou défice social, ocupacional ou noutras atividades importantes. Uma resposta expectável ou culturalmente aprovada a um fator de stress comum ou a uma perda, tal como a perda de um ente querido, não é uma perturbação mental. O comportamento socialmente desviante (por exemplo, político, religioso ou sexual) e os conflitos que ocorrem primariamente entre o sujeito e a sociedade não são perturbações mentais, a menos que o desvio ou conflito resulte de uma disfunção do sujeito*” (DSM-5, 2014, p. 22).

sistema nosológico tem de ter em conta: 1) as variações de comportamentos típicos e atípicos de cada idade; 2) a diferença de género na expressão da psicopatologia; 3) a diferença entre as fontes de informação; 4) a tendência para a criança manifestar vários tipos de problemas.

Com base no DSM-5 e na ICD-11 (Classificação Internacional das Doenças) foi verificado que o agrupamento de perturbações do tipo internalizante e do tipo externalizante representam uma estrutura empiricamente sustentada. As perturbações do tipo externalizantes que são manifestadas durante a infância e a adolescência estão essencialmente ligadas às perturbações do comportamento. De acordo com o DSM-5 (2014), as perturbações do tipo externalizante incluem a manifestação de comportamento antissocial, perturbações do comportamento, adições e perturbações do controlo de impulsos. Apesar de não existir uma classificação formal no DSM-5 acerca deste tipo de perturbações, sabe-se que a sua frequência e intensidade tem muitas vezes repercussões na comunidade. Hinshaw (2002) refere que é um erro considerar os padrões de comportamento externalizante um domínio unidimensional, pois este domínio engloba aspetos tão díspares como a impulsividade, hiperatividade, a oposição, o desafio das regras sociais e a agressão física e verbal. No que diz respeito às perturbações do tipo internalizante nestas idades, estas são substancialmente caracterizadas pelo humor depressivo, ansiedade e sintomas fisiológicos e cognitivos associados, que pelas suas características fenomenológicas apresentam maior dificuldade de serem diagnosticadas.

O foco do nosso estudo é essencialmente a psicopatologia do tipo internalizante, visto que este tipo de perturbação, estando associado a graves problemas de bem-estar e adaptação psicossocial dos adolescentes, é alvo de menor interesse por parte dos vários intervenientes sociais, por ser frequentemente menos evidente e não comprometer as regras sociais, como o fazem as perturbações externalizantes.

1.2. O estudo da Resiliência no Adolescente

Um crescente corpo de investigações tem analisado a forma como os jovens sujeitos a circunstâncias de risco e desafios ambientais evidenciam características resilientes. A literatura mostra-nos que estas características influenciam positivamente o desenvolvimento dos jovens e os protegem do desenvolvimento de riscos para a sua saúde (Constantine, Bernard & Diaz, 1999).

Durante a segunda metade do século XX, os pesquisadores voltaram a sua atenção para o fenómeno de indivíduos que permaneciam saudáveis embora tivessem experienciado acontecimentos adversos ao longo da vida. Estes indivíduos eram definidos como “*invulneráveis*” por apresentarem total resistência aos fatores de stresse/adversidade. Mais tarde, este termo acabou por ser substituído por resiliência, concluindo-se que o indivíduo não apresentava imunidade ou impermeabilidade às situações, mas sim, uma capacidade maior ou menor de recuperação face a esses eventos adversos (Rutter, 1998).

Neste sentido, Werner e Smith realizaram um estudo longitudinal com crianças da ilha havaiana do Kauai, que visava verificar a evolução das crianças desde a fase da gravidez até à idade adulta, assim como avaliar as consequências de exposição ao risco a longo termo. Estas crianças estavam sujeitas a condições adversas, tais como ambiente familiar desestruturado, pobreza extrema, alcoolismo e doença mental parental. Nas suas análises concluíram que um terço deste grupo de indivíduos apresentava boas características individuais marcadas por um bom nível de atividade e sociabilidade, o que por sua vez os conduzia a um percurso de vida mais saudável e socialmente mais ajustado (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000; Werner, 1996).

A resiliência é, assim, definida como o conjunto dos bons resultados psicológicos que o indivíduo obtém apesar de ter experienciado circunstâncias adversas que ameaçam a satisfação das suas necessidades (*e.g.*, segurança física, senso de autoestima, de autoeficácia e suporte social) e o impedem de realizar as tarefas desenvolvimentais destinadas à sua faixa etária (Rutter, 2006; Sandler, 2002).

Segundo Ungar, Ghazinour & Richter (2013) o estudo da resiliência centraliza-se num determinado subconjunto de processos associados ao desenvolvimento humano, os quais asseguram a evolução psicológica, social e ainda a qualidade dos recursos físicos (*e.g.*, família, escola, etc.) que fazem com que o desenvolvimento do ser humano seja bem-sucedido. Também Rutter (2013) na sua investigação, refere que embora os indivíduos tenham sido sujeitos a acontecimentos de vida adversos, conseguiram usar estratégias adaptativas na sua vida.

O paradigma ecológico sobre a resiliência, que deriva da Teoria dos Sistemas, enfatiza as relações previsíveis entre os fatores de risco e os fatores protetores, que se processam através de uma causalidade circular e dos processos transacionais que

suportam a resiliência (Constantine, Bernard & Diaz, 1999; Masten, 2001; Rutter, 2006; Sandler, 2001). Segundo os autores que partilham da perspetiva ecológica, a resiliência é definida como o processo dinâmico caracterizado pelos resultados favoráveis que o indivíduo obtém apesar de ter experienciado riscos ambientais, superação do stress e/ou adversidade no decorrer do seu desenvolvimento.

Ainda nesta linha de pensamento, a literatura tem procurado compreender de onde provêm as qualidades resilientes internas e externas que ajudam o indivíduo a lidar com tais circunstâncias adversas: segundo Dekóvic (1999), por exemplo, provêm do sistema onde o indivíduo está inserido (*e.g.*, sistema familiar, o grupo de pares, as instituições da comunidade), ou das características inerentes ao indivíduo (*e.g.*, autoconceito, autoestima, autoeficácia) que o ajudam a lidar com a adversidade.

A resiliência pode ser favorecida pela exposição controlada a experiências negativas, em circunstâncias que o indivíduo consegue lidar com a experiência com sucesso. Segundo Rutter (2013), a promoção de resiliência pode depender de características mentais (*e.g.*, planeamento, autorreflexão, ação pessoal e sucesso em contextos externos), e é uma oportunidade de vivenciar novas experiências, de forma a que estas sirvam de ponto de viragem face às adversidades anteriores, bem como das características genéticas inerentes ao sujeito.

Truffino (2010) nos seus estudos refere que existem características que são comuns a indivíduos resilientes, cuja adversidade ou danos não os tornaram menos adaptados, como por exemplo: 1) controlo sobre o processo de recordar experiências traumáticas; 2) integração da memória e das emoções; 3) regulação das emoções relacionadas com o trauma; 4) controlo dos sintomas; 5) autoestima; 6) coesão interna (*e.g.*, pensamentos, emoções, ações) 7) estabelecimento de relações seguras; 8) compreensão do impacto do trauma e 9) desenvolvimento de um significado positivo.

Por outro lado, o paradigma construtivista, vem desafiar a visão ecológica que sustenta a maior parte da pesquisa feita até então, não porque esta não seja válida, mas sim como complemento aprofundando das formas de compreender os processos individuais da resiliência. Ungar (2004) refere que o modelo construtivista defende que, ao contrário do modelo ecológico, a resiliência é uma construção cultural e social, pelo que aquilo que é considerado adaptativo ou saudável depende do contexto onde o indivíduo está inserido. Segundo o paradigma construtivista a relação entre os fatores de

risco e os fatores protetores não é sistêmica e hierárquica, variando ao nível dos contextos sociais, culturais e políticos, de forma caótica, complexa, relativa e contextual (Ungar, 2004).

Assim, os contextos onde o indivíduo está inserido têm um papel essencial para a compreensão da resiliência, devido a três princípios: 1) são ambientes facilitadores e podem ser mais influentes do que variáveis individuais para o processo associado à resiliência; 2) as características do meio são facilitadoras e essenciais, ao indivíduo, às famílias e à comunidade devido à disponibilidade e à acessibilidade dos recursos fornecidos; 3) quanto maior a exposição ao risco, maior a probabilidade do indivíduo beneficiar de fatores de proteção que respondem aos riscos específicos enfrentados (Ungar, 2012). Também o estudo efetuado por Windle, Bennet & Noyes (2011) corroboram o anteriormente mencionado referindo que a operacionalização do constructo resiliência é ambígua quando analisada entre culturas. Assim, o significado de resiliência pode depender da influência da cultura e do contexto. Importa, por isso, identificar os pontos de referência para o “sucesso”, porque variam em cada cultura.

Quando falamos numa boa adaptação ao contexto, temos de ter em conta a presença de fatores de risco e de fatores de proteção que funcionam como mediadores do processo de resiliência e que favorecem o resultado adaptativo num dado momento do desenvolvimento do indivíduo (Constantine, Bernard & Diaz, 1999; Olsson, Bond, Burns, Vella-Brodrick, & Sawyer, 2003). Por exemplo, boa saúde mental, competências vocacionais ou competências relacionais são aspetos inerentes aos indivíduos resilientes, os quais, na presença de adversidade, tenderão a responder ou a reagir de forma mais adaptativa (Olsson, Bond, Burns, Vella-Brodrick, & Sawyer, 2003).

1.3. A relação entre Psicopatologia e Resiliência na adolescência

A resiliência é muitas vezes conceptualizada num contínuo com a vulnerabilidade e implica resistência à psicopatologia, embora os indivíduos não sejam totalmente invulneráveis ao desenvolvimento de uma perturbação psicológica (Campbell-Sills, Cohan & Stein, 2006). A este propósito Berzin (2010) acrescenta que as conexões existentes entre as experiências de vida e de vulnerabilidade são importantes para a compreensão do indivíduo, pois o sistema onde está inserido contribui para um aumento dessa vulnerabilidade ou para o apaziguamento da mesma.

Embora a perspectiva ecológica nos diga que os indivíduos resilientes apresentam menos problemas psicopatológicos, boa capacidade de funcionamento e competências sociais (Olsson, Bond, Burns, Vella-Brodrick, & Sawyer, 2003), esta parece ter se tornado uma questão particularmente complexa uma vez que definir resiliência só em termos de bem-estar emocional ou psíquico na presença de adversidade, ignora aqueles indivíduos que apresentam competências noutras esferas do desenvolvimento (Ungar, 2008).

Segundo Davydov, Stewart, Ritchie & Chandieu (2010) a abordagem sobre a resiliência está em consonância com o conceito de saúde mental como um estado positivo de bem-estar psicológico que vai para além da ausência de doença. A ausência de transtorno mental, não pode, portanto, ser sinónimo de saúde mental, e o bem-estar não pode ser como o inverso de saúde mental. Devem ser incluídos no estudo da resiliência fatores e mecanismos que determinam um nível de proteção contra a adversidade. Assim, os mecanismos de resiliência não devem ser restritos ao nível individual, mas devem também ser considerados outros níveis de funcionamento como, por exemplo, a comunidade e a cultura, e as suas interações.

Sendo a resiliência um constructo inferencial e contextual, requer a existência de fatores de risco assumidos como característica ou experiência antecedente associada ao aumento da probabilidade de acontecimentos adversos ou resultados indesejáveis (Rutter, 2006). Assim, alguns autores referem que os fatores de risco podem ser analisados através de dois tipos de mecanismos: a) a inferência de uma ou várias ameaças significativas, ou seja, devem existir perigos atuais ou passados que inviabilizem o desenvolvimento normativo do indivíduo; b) a existência do risco como preditor de resultados indesejáveis que pode estar associado a um resultado negativo no futuro (Kazdin, Kraemer, Kessler, Kupfer & Offord, 1997; Masten, 2001; Zolkoski & Bullock, 2012).

Por exemplo, como fatores de risco para psicopatologia no adolescente temos: doença psiquiátrica nos pais, maus tratos e violência na infância. Segundo a literatura, estes fatores podem estar associados a problemas específicos nos indivíduos e a um largo espectro de dificuldades (Masten & Garmezy, 1984). Nesta ordem de ideias, os problemas de desenvolvimento podem resultar da acumulação de fatores de risco ao longo do tempo (Masten & Obradovic, 2006). Também Fatori, Bordin, Curto & Paula (2013) referem outras variáveis que podem estar associadas a fatores de risco, nomeadamente, o sexo, a idade, o nível académico, viver em famílias monoparentais, violência na comunidade,

envolvimento em drogas, interações familiares negativas, não ter suporte de pares e baixo nível socioeconómico.

O nível socioeconómico é considerado na literatura um fator de risco importante no desenvolvimento do indivíduo, porque pode gerar uma série de resultados negativos, nomeadamente a presença de psicopatologia, ao nível das dificuldades académicas e problemas de comportamento (Fergus & Zimmerman; 2005; Fatori, Isabel, Curto, & Cristiane, 2013; Masten & Garmezy, 1984). Estes resultados podem advir da existência de baixos recursos na comunidade ou da falta de monitorização dos pais, porém, existem jovens que obtêm resultados positivos pois possuem recursos individuais, tais como, elevado nível de autoestima ou a presença de um adulto orientador, o que ajuda a evitar os resultados negativos associados à pobreza (Fergus & Zimmerman, 2005). Em oposição, Bradley & Corwyn (2002) sugerem que famílias com um nível socioeconómico mais elevado possibilitam mais recursos e experiências (*e.g.*, serviços, materiais, redes/suporte sociais) comparativamente com as de nível socioeconómico baixo, proporcionando um menor risco de problemas no desenvolvimento.

Pelo contrário, se estes fatores de risco tiverem dimensões bipolares (*e.g.*, boa parentalidade versus família com nível socioeconómico baixo; ensino superior versus baixa escolaridade), têm um efeito positivo associado a um resultado positivo, bem como um efeito negativo está associado a um resultado negativo.

É consensual que, na adolescência, para que o indivíduo possa obter resultados favoráveis a nível psicológico, a presença de fatores de proteção é essencial, pois estes permitem obter resultados positivos e/ou diminuem os resultados negativos ao longo da vida. Os fatores protetores ajudam os jovens a evitar o efeito negativo do risco tendo em conta recursos individuais (*e.g.*, competências, habilidades para enfrentar as situações, autoeficácia) e contextuais (*e.g.*, apoio dos pares, orientação dos adultos, a comunidade) que promovem o desenvolvimento saudável dos jovens (Kazdin, Kraemer, Kessler, Kupfer & Offord, 1997; Fergus & Zimmerman, 2005). Nesta linha de pensamento Fatori, Curto, Bordin & Paula (2013) também acrescentam que os fatores de proteção podem estar associados a crenças religiosas, otimismo, satisfação, autoconceito, autoeficácia, suporte parental, competências de pares, apoio social e eventos de vida positivos

Embora o conceito de resiliência enquanto constructo interno nos remeta essencialmente para os indivíduos que apresentam uma adaptação positiva face as

situações de adversidade significativa (Rutter, 2008), esta existe muitas vezes num contínuo com a vulnerabilidade e implica resistência à psicopatologia, embora não haja invulnerabilidade total para o desenvolvimento de uma perturbação psicológica (Haddadia & Besharat, 2010).

Neste sentido, um estudo longitudinal efetuado por Shin, Sung, Lim, Park & Cho (2012) avaliou a continuidade da psicopatologia entre a infância e no início da idade adulta, na Coreia do Sul. Os investigadores verificaram que os problemas de ansiedade, depressão e de atenção afetavam significativamente os adolescentes, enquanto os comportamentos agressivos e delinquentes tinham menos influência ao nível da psicopatologia. Também, McLaughlin & King (2015) referem no seu estudo que a ansiedade e a depressão estão fortemente associadas uma à outra durante o período de desenvolvimento.

Estudos recentes relataram a existência de variáveis sociodemográficas com influência no desenvolvimento de comportamentos de risco para a saúde. Tomemos como exemplo o estudo realizado por Heneghan, et al. (2015), o qual refere que adolescentes mais velhos (entre os 15 e os 17,5 anos de idade) têm mais probabilidade de apresentarem uma série de comportamentos de risco para a saúde, tais como o abuso de álcool e de substâncias e atividade sexual. Um outro estudo realizado por Fink, et al. (2015) refere que o género é uma variável com influência quando falamos de saúde mental, uma vez que as raparigas têm mais propensão para relatar problemas emocionais e os rapazes têm mais propensão para apresentar problemas de comportamento. Outros estudos (*e.g.*, Rutter, 2007; Castello et al., 2002) também sugerem que as raparigas têm mais tendência para apresentarem problemas de depressão e de ansiedade do que os rapazes. Por sua vez, no estudo de Costello et al. (2002) os adolescentes do sexo feminino e masculino, até aos 13 anos de idade, têm igualmente sintomas de depressão. Após essa idade, a sua expressão é mais frequente no sexo feminino.

Em suma, o desenvolvimento do adolescente enquadra diversas alterações, a nível biológico, psíquico e social. Nesta ordem de ideias, a literatura tem-nos sugerido que os adolescentes que apresentam mais vulnerabilidade apresentam também mais risco de apresentar problemas psicopatológicos e por consequência, apresentam também menos recursos para lidar com a adversidade, ou seja, menos fatores de resiliência internos e externos. Deste modo, o nosso estudo tem por objetivo analisar eventuais relações entre

variáveis psicossociais de risco e protetoras que influenciam a presença ou a ausência de problemas psicopatológicos do tipo internalizante.

2. Questões e objetivos de Investigação

- Qual a prevalência de sintomatologia psicopatológica de tipo internalizante em adolescentes da população geral do Algarve?
- Qual a relação entre os recursos de resiliência percebidos e a presença de indicadores de problemas psicopatológicos nos adolescentes em estudo?

Estas questões de investigação permitem-nos colocar os seguintes objetivos:

- Identificar quais as variáveis sociodemográficas (sexo, grupo etário, nível socioeconómico, zona de residência, dimensão e estrutura familiar) que possam estar associadas a sintomatologia consistente com Perturbação de Ansiedade Generalizada, Perturbação de Pós-Stress Traumático, Depressão Major, Suicídio, Problemas de Autoconceito e Problemas Interpessoais, nos participantes do estudo.
- Identificar variáveis da anamnese do sujeito (separação face aos pais na infância) e sociodemográficas (sexo, grupo etário, dimensão da família) que possam estar associadas aos recursos de resiliência internos e externos.
- Analisar a relação entre a sintomatologia avaliada pela APS-SF (Perturbação de Ansiedade Generalizada, Perturbação de Pós-Stress Traumático, Depressão Major, Suicídio, Problemas de Autoconceito e Problemas Interpessoais) e os recursos de resiliência (recursos externos e recursos internos) percebidos pelos adolescentes.
- Analisar o impacto das variáveis sociodemográficas (idade) e dos recursos de resiliência (internos e externos) no relato de psicopatologia do tipo internalizante.

3. Método

Seguidamente é apresentada a descrição da metodologia adotada para a realização deste estudo; o desenho do estudo, a técnica de amostragem e a caracterização geral da amostra, a descrição dos instrumentos utilizados, o procedimento de recolha de dados e a análise e tratamento de dados.

3.1. Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, com um desenho transversal e com um plano analítico-transversal. De acordo com Ribeiro (2010) as investigações analítico-transversais procuram explicar os resultados através da análise de relações estatísticas, denominadas de correlações, entre as variáveis num único momento.

3.2. Amostra

3.2.1. Técnica de amostragem

Trata-se de uma amostra intencional, constituída por 628 adolescentes da população geral, de ambos os sexos que se encontravam a frequentar escolas públicas da região do Algarve, recolhida no contexto de um estudo mais vasto de Lemos (2007). Da amostra final foram excluídos 8 sujeitos por apresentarem valores elevados nas subescalas da APS-SF, nomeadamente nas Inconsistências de respostas na Defensividade como será explicado mais à frente. Assim sendo, a amostra final ficou com 620 sujeitos.

3.2.2. Caracterização geral da amostra

A amostra final foi constituída por 620 adolescentes algarvios da população geral de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos de idade ($M=15.01$; $DP=2.079$). Categorizamos os participantes segundo dois grupos etários: um grupo com idades compreendidas entre os 12 e os 14 anos ($M=13.02$; $DP=0.823$) e o outro grupo com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos ($M=16.50$; $DP=1.364$)

Na tabela 1 podemos observar que a amostra é constituída por 234 raparigas (55.2%) e 278 rapazes (44.8%). Desta amostra de adolescentes podemos verificar que 1.5% se encontrava a frequentar o 1º ciclo, 58.2% se encontrava a frequentar o 2º ciclo e 40.3% se encontrava a frequentar o Secundário. Destaca-se que a nível do número de

reprovações existem 388 sujeitos que não obtiveram nenhuma reprovação com uma percentagem de 62.6%. Contudo, é possível observar que existe uma maior percentagem de raparigas a reprovar uma vez (10.3%), porém existe uma percentagem maior de rapazes a reprovar duas ou mais vezes (11.0%).

Dos participantes, 301 (48.5%) pertenciam ao nível socioeconómico baixo, 247 (39.8%) pertenciam ao nível socioeconómico médio e 72 (11.6%) pertenciam a um nível socioeconómico baixo. Para além disso, verificámos também que 469 (75.6%) dos participantes residia em zona urbana.

Tabela 1 Caraterização Sociodemográfica da amostra segundo o sexo, o nível de escolaridade, o nº de reprovações, o nível socioeconómico (NSE) e a zona de residência.

	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	n	%	n	%	N	%
	342	55.2	278	44.8	620	100.0
Nível de Escolaridade						
Ensino Básico*	194	31.3	176	28.4	370	59.7
Ensino Secundário**	148	23.9	102	16.5	250	40.3
Nº de Reprovações						
0 Reprovações	225	36.3	163	26.3	388	62.6
1 Reprovação	64	10.3	47	7.6	111	17.9
2 ou mais Reprovações	53	8.5	68	11.0	121	19.5
NSE***						
Baixo	174	28.1	127	20.5	301	48.5
Médio	131	21.1	116	18.7	247	39.8
Elevado	37	6.0	35	5.6	72	11.6
Zona de Residência						
Urbana	263	42.4	206	33.2	469	75.6
Rural	79	12.7	72	11.6	151	24.4

Nota: *a amostra correspondente ao Ensino Básico reúne adolescentes que frequentavam o 6º, 7º, 8º e 9º ano de escolaridade; **amostra correspondente ao Ensino Secundário reúne adolescentes que frequentavam o 10º, 11º e 12º ano de escolaridade; nível socioeconómico³.

Ao nível da estrutura familiar, como podemos observar na tabela 2, que 72.9% dos participantes viviam em famílias biparentais intactas. Por sua vez, 15.3% dos participantes viviam no seio de famílias monoparentais e 8.4% viviam em famílias reconstituídas. Encontrámos ainda uma percentagem baixa (3.1%) de adolescentes que

³ O nível socioeconómico do agregado familiar (Anexo 2) foi classificado segundo Simões (1994).

viviam com outros familiares (e.g., avós, tios, etc.) e em instituições de acolhimento (0.3%).

Relativamente ao nível de escolaridade dos pais, verificámos que cerca de 34.7% tinha a escolaridade básica, 25.2% tinha a escolaridade obrigatória, 19% apresentava habilitações ao nível do ensino secundário e 14% tinham concluído o ensino superior. Relativamente às mães, observamos que 29.2% das mães tinham a escolaridade básica, 26.8% tinham a escolaridade obrigatória, 25.8% tinham o secundário e 15.2% tem o ensino superior.

Tabela 2 Caraterização da amostra segundo o tipo de estrutura familiar e o nível de escolaridade dos pais.

	n	%
Estrutura Familiar		
Intacta	452	72.9
Monoparental	95	15.3
Recasamento	52	8.4
Alargada	19	3.1
Institucionalizada	2	0.3
Nível de Escolaridade do Pai*		
Sem estudos	7	1.1
Escolaridade Básica (1º ciclo)	215	34.7
Escolaridade Obrigatória (2º ciclo)	156	25.2
Ensino Secundário ou Profissional	118	19.0
Ensino Superior	87	14.0
Nível de Escolaridade da Mãe**		
Sem estudos	10	1.6
Escolaridade Básica	181	29.2
Escolaridade Obrigatória	166	26.8
Ensino Secundário ou Profissional	160	25.8
Ensino Superior	94	15.2

Nota: *37 sujeitos (6%) desconheciam o nível de escolaridade do pai; **nove sujeitos (1.5%) desconheciam o nível de escolaridade materna.

3.3. Instrumentos de Recolha de Dados

Foram aplicados os seguintes instrumentos: Um Questionário de Dados Sociodemográficos construído por Lemos (2007); o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (*Brief Symptom Inventory*) de Degoratis (1977); a escala *Adolescent Psychopathology Scale – Short Form* (APS-SF) de Reynolds (2000); e o *California Healthy Kids Survey Resilience Assessment Module* (Versão 6.0) de Bernard (1991).

3.3.1. Questionário de Dados Sociodemográficos

O questionário de dados sociodemográficos foi construído por Lemos (2007) com o intuito de recolher informação específica acerca do adolescente e da sua família, nomeadamente, a idade, o sexo, o local de residência, o número de reprovações, informações acerca do estado civil dos pais e do agregado familiar (Anexo 1).

3.3.2. California Healthy Kids Resilience Assessment Module (versão 6.0)

A conceção teórica do *California Healthy Kids Resilience Assessment Module* (HKRAM, versão 6.0) foi desenvolvida por Bernard (1991) e foi adaptada para a população portuguesa por Martins (2005). A escala é composta por 58 itens que avaliam 17 fatores protetores e traços de resiliência que se encontram distribuídos pelo envolvimento escolar, familiar/casa, comunidade e grupo de pares (recurso externos e internos)⁴.

Trata-se de um questionário de autorresposta composto por uma escala do tipo Likert que varia entre 1 a 4 pontos. Assim, a primeira subescala varia num contínuo de (1) “Discordo Totalmente” a (4) “Concordo Totalmente” e as subescalas variam num contínuo de (1) “Totalmente falso” a (4) “Muito Certo”.

3.3.3. Inventário de Sintomas Psicopatológicos

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Brief Symptom Inventory – BSI) é a versão abreviada do SCL-90 de Derogatis (1977) e foi adaptado para a população portuguesa adulta por Canavarro (1999) e para a população adolescente portuguesa por Lemos (2007).

O BSI é um inventário breve de autorresposta, constituído por 53 itens onde o indivíduo deve identificar o grau em que cada problema o afetou na última semana, classificando-o através de uma escala do tipo *likert* que tem uma pontuação de 0 a 4, onde (0) equivale a “Nunca” e (4) equivale a “Muitíssimo”. Uma vez que o estudo das características psicométricas do BSI para a população adolescente portuguesa indicou

⁴ Ao nível dos recursos externos, a HKRAM avalia onze recursos externos através de trinta e uma questões que se referem às Relações Afetivas, Expectativas Elevadas e Participação Significativa. Os recursos internos, também denominados por traços de resiliência, são concetualizados como fatores mediadores os comportamentos de risco e promovem o desenvolvimento saudável. Esta escala avalia seis recursos internos de dezoito questões que se referem a Competência Social, Autonomia e Sentido do Eu e os Objetivos e Aspirações (Martins, 2007).

uma estrutura unifatorial da escala (Lemos, 2007; Lemos, Faísca & Valadas, 2008), na presente investigação foi calculado o **Índice Geral de Sintomas – IGS** (número de sintomas psicopatológicos e a sua intensidade).

3.3.4. Adolescent Psychopathology Scale – Short Form

A *Adolescent Psychopathology Scale – Short From* (APS-SF) de Reynolds (2000), validada para a população portuguesa por Lemos, Faísca & (Lemos, Faísca, & Valadas, 2011) é uma medida multidimensional de psicopatologia, desenhada para a utilização em adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos de idade. A APS-SF é assim uma medida abreviada da *Adolescent Psychopathology Scale – APS* de Reynolds (2000) que integra 115 itens, sendo por isso, de preenchimento fácil e breve (20 a 30 minutos) e permite a aplicação individual ou em grupo⁵. Em concordância com o estipulado pelo autor da escala, foram excluídos os questionários em que a omissão de respostas foi superior a 20% do número total de itens numa escala (Lemos, 2007).

O estudo das caraterísticas psicométricas da escala (análise da consistência interna, análise da estabilidade temporal e análise fatorial) foi efetuado com uma amostra de 656 adolescentes portugueses com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos (Lemos, Faísca & Valadas, 2011). Em suma, a escala revelou boa estabilidade temporal e confirmou-se, na generalidade, a estrutura fatorial da escala original. Atendendo aos objetivos do presente estudo, de seguida, descrevemos apenas as escalas referentes à dimensão de tipo internalizado utilizadas no presente estudo. Assim:

Escala Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG): inclui 11 itens que avaliam os sintomas relacionados com ansiedade, preocupação, inquietação, fadiga, dificuldade de concentração, irritabilidade, dores no corpo e dificuldades em adormecer.

⁵ A APS-SF é composta por 12 escalas clínicas e duas escalas de validade. Seis escalas clínicas baseiam-se em sintomatologia do DSM-IV-TR (1996) e representam as seguintes perturbações: Perturbação de Comportamento; Perturbação de Oposição; Depressão Major; Perturbação de Ansiedade Generalizada; Perturbação Pós-Stress Traumático e Abuso de Substâncias. As restantes seis escalas não se encontram associadas a desordens ou perturbações específicas, mas avaliam áreas importantes ligadas aos problemas psicossociais e competências do adolescente. São estas: Perturbação do Comportamento Alimentar; Suicídio; Problemas Académicos; Problemas de Ira/Violência; Autoconceito e Problemas Interpessoais. As escalas de validade pretendem avaliar a consistência e a qualidade da resposta que são denominadas por Defensividade e consistência e a Qualidade da Resposta.

Escala Perturbação de Pós-Stress Traumático (PPST): inclui 11 itens que avaliam a ocorrência de acontecimentos negativos e traumáticos, mal-estar emocional e cognitivo e a reatividade fisiológica aumentada que pode acompanhar esta perturbação.

Escala Depressão Major (DEP): inclui 14 itens que avaliam sintomas primários e secundários da perturbação Depressiva Major, tais como, as componentes emocionais de disforia, aspetos cognitivos tais como a ideação suicida, autoconceito baixo e sentimentos de culpa, dificuldade em dormir, fadiga e perda de energia e queixas somáticas.

Escala Suicídio (SUI): inclui 6 itens que avaliam uma amplitude de comportamentos suicidários, como por exemplo, a ideação ligeira de desejar nunca ter nascido, pensamentos graves de matar-se e de ter efetuado uma tentativa de suicídio.

Escala Problemas de Autoconceito (PAC): inclui nove itens que avaliam aspetos básicos de autoconceito e de autoestima, avaliando duas áreas principais do autoconceito, sentimentos de Auto desvalorização, autoconceito físico e social e a perceção de avaliação de si pelos outros.

Escala de Problemas Interpessoais (PIP): inclui 11 itens que avaliam problemas na relação com os outros, solidão, falta de amigos, introversão social e “*o sentimento que de a vida corre mal*”.

3.4. Procedimentos de Recolha de Dados

O procedimento da recolha de dados foi efetuado por Lemos (2007) em escolas públicas de 7 conselhos da região do Algarve. Foi solicitado por escrito a autorização dos respetivos concelhos executivos das escolas e também foi entregue um pedido de autorização por escrito aos encarregados de educação dos participantes, no qual foram explicados os objetivos do estudo.

Os questionários foram administrados em contexto de sala de aula na presença da investigadora e do diretor de turma. O preenchimento dos questionários demorou cerca de 45 minutos.

Uma vez que se tratava de uma investigação mais ampla sobre psicopatologia, logo comportando um protocolo de cinco instrumentos de avaliação, a ordem de aplicação dos instrumentos foi alternada, de forma a controlar a influência da variável saturação/cansaço (Lemos, 2007).

3.5. Procedimentos de Análise e Tratamento de Dados

Os dados foram alvo de tratamento estatístico, através do programa de análise SPSS (*Statistical Package of the Social Sciences* - versão 22). Deste modo, recorremos a métodos de estatística inferencial, onde realizámos comparações de médias, com recurso aos testes paramétricos *t* de Student e ANOVA. Calculámos também a magnitude de efeito e as relações de associação existentes foram estabelecidas através da correlação de Pearson. Por fim, utilizámos uma análise de regressão de hierárquica múltipla com o objetivo de determinar quais as variáveis que prediziam a psicopatologia do tipo internalizante e o poder explicativo das mesmas.

4. Resultados

De seguida iremos apresentar os resultados do estudo, nomeadamente, as análises inferenciais efetuadas com as variáveis sociodemográficas, académicas em estudo e as pontuações obtidas no APS-SF, no Índice Geral de Sintomas do BSI e nas escalas do HKRAM. Para além disso, iremos também proceder às análises correlacionais entre as escalas, assim como, analisar a influência dos fatores de resiliência sobre os indicadores de psicopatologia geral, e sobre as perturbações do tipo internalizado, com o recurso a análise de regressão linear.

4.1. Resultados da Adolescent Psychopathology Scale – Short Form (APS-SF) e Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) para Adolescentes.

De forma a avaliar eventuais diferenças entre o sexo feminino e masculino relativamente às escalas do APS-SF e ao Índice Geral de Sintomas do BSI recorreremos ao teste paramétrico *t de student*. Na análise da tabela 3 foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível das escalas Perturbação de Ansiedade Generalizada ($t = 5.02$; $p = 0.000$), Perturbação Pós-Stresse Traumático ($t = 5.69$; $p = 0.000$), Depressão Major ($t = 5.80$; $p = 0.000$), Problemas de Autoconceito ($t = 2.70$; $p = 0.007$) e Problemas Interpessoais ($t = 4.37$; $p = 0.000$). Foi também possível observar diferenças estatisticamente significativas entre rapazes e raparigas ao nível das pontuações no Índice Geral de Sintomas ($t = 4.44$; $p = 0.000$).

Podemos também verificar que as raparigas apresentaram valores médios de pontuação superiores nas escalas da APS-SF Perturbação de Ansiedade Generalizada, Perturbação de Pós-Stress Traumático, Depressão Major, Problemas de Autoconceito, Problemas Interpessoais e também no Índice Geral de Sintomas, sendo essas diferenças significativas, embora de baixa magnitude ($d \leq 0.5$). Os resultados sugerem que as raparigas apresentam maior intensidade dos sintomas psicopatológicos e ao mesmo tempo mais psicopatologia do tipo internalizante face aos rapazes.

Tabela 3 Médias e Desvios-Padrão das escalas da APS-SF, Índice Geral de Sintomas (BSI) e teste de *t de student* em função do sexo dos adolescentes (N = 620).

Escalas da APS-SF/ Índice Geral de Sintomas do BSI	Feminino (n=342)		Masculino (n=278)		<i>d</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
PAG	51.93	9.64	48.03	9.61	0.41	5.02	0.000***
PPST	52.12	10.02	47.71	9.07	0.46	5.69	0.000***
DEP	52.21	10.18	47.68	8.99	0.47	5.80	0.000***
SUI	50.03	10.45	49.14	9.28	0.09	1.12	0.265
PAC	50.90	10.16	48.72	9.76	0.22	2.70	0.007**
PIP	51.62	9.99	48.16	9.61	0.35	4.37	0.000***
IGS (BSI)	0.97	0.59	0.76	0.56	0.37	4.44	0.000***

Nota: n = amostra; M = média; DP = desvio padrão; *d* = magnitude de efeito *d* de Cohen; *t* = teste de *t de Student*; ****p* ≤ 0.001; ***p* ≤ 0.01; **p* ≤ 0.05.

Consoante podemos observar na tabela 4, o teste de *t student* efetuado para analisar eventuais diferenças ao nível dos grupos etários nas pontuações obtidas nas escalas da APS-SF e no Índice Geral de Sintomas, sugerem a existência de diferenças estatisticamente significativas na escala Perturbação de Ansiedade Generalizada ($t = -4.39$; $p = 0.000$), Perturbação Pós-Stress Traumático ($t = -4.39$; $p = 0.000$), Depressão Major ($t = -3.52$; $p = 0.000$) e ainda ao nível do Índice Geral de Sintomas ($t = -2.74$; $p = 0.000$). Neste sentido, os adolescentes na faixa etária dos 15-19 anos apresentaram valores médios superiores nas escalas de Perturbação de Ansiedade Generalizada, Perturbação de Pós-Stress Traumático, Depressão Major, e no Índice Geral de Sintomas, sendo estes valores de magnitude reduzida ($d \leq 0.5$). Estes resultados podem sugerir que os adolescentes mais velhos têm mais propensão para apresentarem psicopatologia do tipo internalizante do que os adolescentes mais novos.

Tabela 4 Médias e Desvios-Padrão das escalas da APS-SF, Índice Geral de Sintomas (BSI) e teste de *t student* em função do grupo etário (N = 620).

Escalas da APS-SF/	12-14 anos		15-19 anos		<i>d</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Índice Geral de	(n=265)		(n=355)				
Sintomas do BSI	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
PAG	48.21	9.54	51.66	9.76	0.35	-4.39	0.000***
PPST	48.28	9.61	51.53	9.82	0.33	-4.39	0.000***
DEP	48.57	9.68	51.38	9.94	0.28	-3.52	0.000***
SUI	49.88	10.35	49.45	9.65	0.04	0.54	0.591
PAC	49.99	9.91	49.88	10.14	0.01	0.13	0.897
PIP	49.34	9.91	50.61	9.99	0.12	-1.56	0.119
IGS do BSI	0.80	0.59	0.93	0.58	0.22	-2.74	0.006**

Nota: n = amostra; M = média; DP = desvio padrão; *d* = magnitude de efeito *d* de Cohen; *t* = teste de *t de student*; ****p* ≤ 0.001; ***p* ≤ 0.01.

A tabela 5 apresenta os valores médios obtidos nas escalas da APS-SF segundo a zona de residência dos adolescentes. Os resultados obtidos sugerem que os adolescentes que residiam em zona urbana têm valores médios superiores nas escalas de Perturbação de Ansiedade Generalizada (M = 50.52; DP = 10.06), Perturbação de Pós-Stress Traumático (M = 50.60; DP = 10.18), Depressão Major (M = 50.56; DP = 10.21) e Problemas Interpessoais (M = 50.40; DP = 10.24) relativamente aos adolescentes que residiam em zona rural, diferenças essas com uma magnitude de efeito reduzida ($d \leq 0.5$). Ainda pela mesma tabela, podemos observar valores estatisticamente significativos nesta variável na escala Perturbação de Pós-Stresse Traumático ($t = 2.08$; $p = 0.038$), sugerindo que os adolescentes que residiam em zona urbana reportaram mais sintomas de Perturbação de Pós-Stresse Traumático, mas não outro tipo de sintomas psicopatológicos.

Tabela 5 Médias e Desvios-Padrão das escalas da APS-SF, Índice Geral de Sintomas (BSI) e teste de *t de student* em função da Zona de Residência (N = 620).

Escalas da APS-SF/ Índice Geral de Sintomas do BSI	Zona Urbana (n=469)		Zona Rural (n=151)		<i>d</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
PAG	50.52	10.06	49.13	8.94	0.14	1.51	0.131
PPST	50.60	10.18	48.69	8.63	0.20	2.08	0.038*
DEP	50.56	10.21	48.99	8.88	0.16	1.69	0.091
SUI	49.63	9.87	49.62	10.22	0.00	0.00	0.998
PAC	49.86	10.11	50.11	9.81	0.02	-0.27	0.784
PIP	50.40	10.24	49.01	8.99	0.14	1.49	0.136
IGS do BSI	0.89	0.61	0.82	0.53	0.12	1.15	0.251

Nota: n = amostra; M = média; DP = desvio padrão; *d* = magnitude de efeito *d* de Cohen; *t* = teste de *t de student*; **p* ≤ 0.05.

Com o intuito de averiguar eventuais diferenças nos valores médios obtidos nas escalas da APS-SF e no Índice Geral de Sintomas em função do nível socioeconómico (Anexo 2) dos adolescentes, uma vez que verificada a homogeneidade dos grupos, procedemos ao teste ANOVA.

Na tabela 6 não foram observadas diferenças estatisticamente significativas nas escalas do APS-SF e no IGS, com exceção dos adolescentes que pertenciam a um estatuto socioeconómico mais baixo, que apresentaram valores superiores na escala de Suicídio (*M* = 50.62; *DP* = 10.52) relativamente aos outros dois grupos, sendo esse valor estatisticamente significativo (*F* = 3.70; *p* = 0.025; *gl* = 2). Assim sendo, os resultados sugerem essencialmente que o nível socioeconómico não diferencia suficientemente bem os adolescentes face à psicopatologia do tipo internalizante.

Tabela 6 Médias e Desvios-Padrão das escalas da APS-SF, Índice Geral de Sintomas (BSI) e teste ANOVA em função do nível socioeconômico (NSE) dos adolescentes (N = 620).

Escalas da APS-SF/Índice Geral de Sintomas do BSI	Baixo (n=301)		Médio (n=247)		Elevado (n=72)		<i>f</i>	<i>F</i> <i>gl=2</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
PAG	50.35	10.33	49.90	9.52	50.44	8.57	0.00	0.17	0.845
PPST	50.74	10.26	49.34	9.65	50.39	8.63	0.01	1.41	0.244
DEP	50.75	10.19	49.62	9.99	49.72	8.31	0.00	0.96	0.384
SUI	50.62	10.52	49.07	9.88	47.40	6.83	0.01	3.70	0.025*
PAC	50.88	9.89	49.07	9.99	48.86	10.49	0.01	2.67	0.070
PIP	50.88	10.46	49.08	9.57	50.06	8.95	0.01	2.23	0.108
IGS do BSI	0.89	0.61	0.84	0.58	0.91	0.49	0.00	0.68	0.506

Nota: n = amostra; M = média; DP = desvio-padrão; *f* = magnitude de efeito *f* de cohen; *F* = teste de ANOVA; **p* ≤ 0.05.

Analísamos também eventuais diferenças nas escalas APS-SF e no Índice Geral de Sintomas segundo o tipo de estrutura familiar (tabela 7). Os resultados obtidos não sugerem existência de diferenças estatisticamente significativas. É possível verificar que os adolescentes oriundos de famílias monoparentais tinham valores médios superiores nesta escala (*M* = 52.64; *DP* = 10.06) relativamente aos de famílias intactas (*M* = 49.18; *DP* = 9.84) e de famílias de recasamento (*M* = 49.88; *DP* = 8.49), embora a magnitude de efeito seja reduzida.

Tabela 7 Médias e Desvios-Padrão das escalas da APS-SF, Índice Geral de Sintomas (BSI) e teste ANOVA em função da estrutura familiar dos adolescentes (N = 599)

Escalas da APS-SF/ Índice Geral de Sintomas do BSI	Intacta (n=452)		Monoparental (n=95)		Recasamento (n=52)		<i>f</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		<i>gl=2</i>	
PAG	49.75	9.85	51.60	9.77	50.35	9.75	0.01	1.42	0.243
PPST	49.66	9.84	51.88	9.38	50.52	10.54	0.01	2.07	0.128
DEP	49.69	9.85	51.55	9.72	51.00	9.78	0.01	1.65	0.193
SUI	49.17	9.38	51.00	10.94	50.09	11.16	0.01	1.47	0.231
PAC	49.47	10.04	50.98	10.22	51.48	9.77	0.01	1.60	0.202
PIP	49.46	9.48	51.64	11.14	51.31	10.95	0.01	2.44	0.088
IGS do BSI	0.87	0.59	0.94	0.53	0.83	0.56	0.00	0.80	0.449

Nota: foram excluídos desta análise os adolescentes que viviam com a família alargada (e.g. avós, tios entre outros) e os adolescentes institucionalizados (N = 599); n = amostra; M = média; DP = desvio padrão; f = magnitude de efeito f de Cohen; F = teste ANOVA; * $p \leq 0.001$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.05$.

4.2. Resultados obtidos no California Healthy Kids Resilience Assessment Module

A comparação entre os grupos categorizados segundo o sexo dos valores médios obtidos nas escalas do HKRAM sugeriram a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível da escala de Resiliência Interna ($t = 4.00$; $p = 0.000$) e da escala de Envolvimento com os Pares ($t = 4.72$; $p = 0.000$). Não se observa, no entanto, diferenças significativas ao nível as escalas Envolvimento na Escola ($t = -0.31$; $p = 0.756$), Envolvimento em Casa ($t = 0.41$; $p = 0.680$), Envolvimento na Comunidade ($t = 0.12$; $p = 0.902$), Resiliência Externa ($t = 1.46$; $p = 0.144$) e Resiliência Total ($t = 1.68$; $p = 0.094$).

Ao analisar eventuais diferenças entre o sexo feminino e masculino e as escalas da HKRAM (tabela 8) verificamos que as raparigas apresentam valores médios superiores nas escalas de Envolvimento com os Pares (M = 2.89; DP = 0.51), de Resiliência Externa (M = 2.83; DP = 0.45), de Resiliência Interna (M = 3.15; DP = 0.47) e na Resiliência Total (M = 2.91; DP = 0.39) relativamente aos rapazes, sendo esses valores de magnitude reduzida ($d \leq 0.5$).

Tabela 8 Médias e Desvios-Padrão das escalas do HKRAM e teste de *t de student* em função do sexo dos adolescentes (N = 620).

Escalas do HKRAM	Feminino (n=342)		Masculino (n=278)		<i>d</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Envolvimento na Escola	2.51	0.65	2.52	0.59	0.01	-0.31	0.756
Envolvimento em Casa	3.14	0.59	3.12	0.62	0.03	0.41	0.680
Envolvimento na Comunidade	2.79	0.69	2.79	0.74	0.00	0.12	0.902
Envolvimento com Pares	2.89	0.51	2.68	0.59	0.38	4.72	0.000***
Recursos Externos	2.83	0.45	2.78	0.48	0.10	1.46	0.144
Recursos Internos	3.15	0.47	2.99	0.49	0.32	4.00	0.000***
Resiliência Total	2.91	0.39	2.85	0.43	0.14	1.68	0.094

Nota: n = amostra; M = média; DP = desvio padrão; *d* = magnitude de efeito *d* de Cohen; *t* = teste de *t* de student; ****p* ≤ 0.001.

Seguidamente, os valores obtidos nas escalas do HKRAM pelos adolescentes foram comparados segundo os grupos etários definidos (12-14 anos e 15-19 anos). Na tabela 9 podemos verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível do Envolvimento na Escola ($t = 6.32$; $p = 0.000$), do Envolvimento em Casa ($t = 2.96$; $p = 0.003$), do Envolvimento na Comunidade ($t = 2.06$; $p = 0.040$), da escala Resiliência Externa ($t = 3.53$; $p = 0.000$) e da escala Resiliência Total ($t = 3.96$; $p = 0.000$).

Assim, podemos constatar que o grupo etário dos 12-14 anos apresentava valores médios superiores nas escalas Envolvimento na Escola ($M = 2.69$; $DP = 0.63$), Envolvimento em Casa ($M = 3.21$; $DP = 0.57$), Recursos de Resiliência Externos ($M = 2.88$; $DP = 0.47$) e Resiliência Total ($M = 2.96$; $DP = 0.43$), comparativamente ao grupo etário dos 15-19 anos. As diferenças observadas, apesar de serem significativas, revelaram um valor de magnitude reduzida ($d \leq 0.5$).

Tabela 9 Médias e Desvios-Padrão das escalas do HKRAM e teste de *t student* em função do grupo etário dos adolescentes (N = 620).

Escala do HKRAM	12-14 anos		15-19 anos		<i>d</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	(n=265)		(n=355)				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Envolvimento na Escola	2.69	0.63	2.38	0.59	0.51	6.32	0.000***
Envolvimento em Casa	3.21	0.57	3.07	0.61	0.25	2.96	0.003**
Envolvimento na Comunidade	2.86	0.69	2.74	0.73	0.16	2.06	0.040*
Envolvimento com Pares	2.77	0.59	2.81	0.52	0.07	-0.93	0.351
Recursos Externos	2.88	0.47	2.75	0.45	0.28	3.53	0.000***
Recursos Internos	3.11	0.53	3.05	0.46	0.12	1.63	0.104
Resiliência Total	2.96	0.43	2.83	0.38	0.31	3.96	0.000***

Nota: n = amostra; M = média; DP = desvio padrão; *d* = magnitude de efeito *d* de cohen; *t*=teste t de student; ****p* ≤ 0.001; ***p* ≤ 0.01; **p* ≤ 0.05.

Como podemos observar na tabela 10, efetuámos os valores médios das escalas do HKRAM foram analisados segundo a existência (ou inexistência) de separação significativa face aos pais durante a infância. Os resultados permitem-nos constatar diferenças significativas ao nível das escalas Envolvimento em Casa ($t = 3.33$; $p = 0.001$) e Envolvimento com os Pares ($t = 2.03$; $p = 0.043$) nos adolescentes que estiveram separados dos pais por um período superior a um mês, por razões outras que não férias.

Podemos também verificar que os adolescentes que não estiveram separados dos pais durante a infância obtiveram valores médios superiores nas escalas de Envolvimento em Casa ($M = 2.51$; $DP = 0.61$) e de Envolvimento com os Pares ($M = 2.82$; $DP = 0.54$), sendo possível verificar nestes resultados uma magnitude de efeito reduzida ($d \leq 0.5$). Relativamente a estes resultados, sugerem que o facto de os adolescentes não terem sofrido separações face aos pais durante a infância torna-os mais aptos na obtenção recursos de resiliência externos, nomeadamente, em casa e com o grupo de pares.

Tabela 10 Médias e Desvios-Padrão das escalas do HKRAM e teste *t de student* em função da separação face aos pais na infância (N = 620).

Escalas do HKRAM	NÃO (n=469)		SIM (n=151)		<i>d</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Envolvimento na Escola	2.51	0.61	2.51	0.66	0.00	0.04	0.972
Envolvimento em Casa	3.17	0.56	2.99	0.69	0.30	3.33	0.001**
Envolvimento na Comunidade	2.79	0.69	2.79	0.76	0.00	0.04	0.966
Envolvimento com os Pares	2.82	0.54	2.71	0.59	0.17	2.03	0.043*
Recursos Externos	2.82	0.45	2.75	0.50	0.14	1.69	0.090
Recursos Internos	3.08	0.48	3.06	0.51	0.04	0.44	0.658
Resiliência Total	2.89	0.40	2.86	0.42	0.07	0.79	0.792

Nota: n = amostra; M = média; DP = desvio padrão; *d* = magnitude de efeito *d* de cohen; *t*= teste *t de student*; ***p* ≤ 0.01; **p* ≤ 0.05.

A tabela 11 mostra-nos os valores médios obtidos nas escalas do HKRAM segundo o tamanho da família do adolescente. A análise dos resultados permite-nos constatar a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível da escala Envolvimento com os Pares ($F = 5.38$; $p = 0.005$; $gl = 2$). Todas as restantes escalas não se encontravam significativamente relacionadas com a variável em análise. Assim, foi possível verificar que os adolescentes com maior número de elementos no agregado familiar ($M = 3.03$; $DP = 0.44$) registavam valores médios superiores nesta escala relativamente às famílias pequenas ($M = 2.70$; $DP = 0.58$) ou médias ($M = 2.79$; $DP = 0.55$), sendo estes valores de magnitude de efeito reduzido ($d \leq 0.5$).

Tabela 11 Médias e Desvios-Padrão das escalas do HKRAM e teste ANOVA em função do tamanho da família onde estão inseridos os adolescentes (N = 618).

Escalas do HKRAM	Pequena (n=207)		Média (n=366)		Numerosa (n=45)		<i>f</i>	<i>F</i> <i>gl=2</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Envolvimento na Escola	2.44	0.58	2.53	0.65	2.64	0.53	0.02	2.52	0.081
Envolvimento em Casa	3.12	0.59	3.13	0.59	3.14	0.69	0.01	0.03	0.968
Envolvimento na Comunidade	2.76	0.75	2.81	0.69	2.86	0.72	0.01	0.53	0.587
Envolvimento com os Pares	2.70	0.58	2.79	0.55	3.03	0.44	0.03	5.38	0.005**
Recursos Externos	2.76	0.46	2.82	0.47	2.92	0.44	0.13	2.31	0.100
Recursos Internos	3.04	0.53	3.10	0.47	3.02	0.47	0.01	1.39	0.251
Resiliência Total	2.85	0.41	2.90	0.41	2.92	0.39	0.01	1.48	0.229

Nota: foram excluídos desta análise os adolescentes que estavam institucionalizados ($n = 2$), assim sendo amostra contém 618 adolescentes; n = amostra; M = média; DP = desvio padrão; $f^2 = f \text{ de cohen}$; F = One Way ANOVA; $*p \leq 0.001$; $**p \leq 0.01$; $***p \leq 0.05$.

4.3. Correlações entre as Subescalas do APS-SF, Índice Geral de Sintomas do BSI e as escalas do HKRAM

Com o objetivo de dar resposta às questões de investigação utilizámos o teste da correlação de Pearson entre as escalas do APS-SF, o Índice Geral de Sintomas do BSI e as escalas do HKRAM.

Como podemos observar na tabela 12 a variável Idade surge positivamente e significativamente relacionada com o Índice Geral de Sintomas do BSI ($r = 0.15$; $p = 0.000$) e algumas das escalas da APS-SF, nomeadamente, Perturbação de Ansiedade Generalizada ($r = 0.20$; $p = 0.000$), Perturbação Pós-Stress Traumático ($r = 0.19$; $p = 0.000$), Depressão Major ($r = 0.17$; $p = 0.000$) pelo que podemos verificar que os adolescentes mais velhos tendem a apresentar mais sintomatologia deste tipo. Contudo, não foram encontradas correlações significativas entre a idade dos adolescentes e as pontuações obtidas nas subescalas de Suicídio ($r = -0.02$; $p = 0.533$) e Problemas de Autoconceito ($r = -0.01$; $p = 0.806$).

Relativamente às escalas do HKRAM verificámos que a Idade surge negativamente e significativamente relacionada com o Envolvimento na Escola ($r = -0.25$; $p = 0.000$), Envolvimento em Casa ($r = -0.16$; $p = 0.000$), Envolvimento na

Comunidade ($r = -0.16$; $p = 0.000$), Recursos de Resiliência Interna ($r = -0.19$; $p = 0.000$), Resiliência Total ($r = -0.20$; $p = 0.000$) mas não associada às subescalas Envolvimento com os Pares ($r = 0.01$; $p = 0.765$) e Recursos de Resiliência Externa ($r = -0.07$; $p = 0.103$). Ou seja, podemos sugerir que os adolescentes mais novos tendem a reportar menos recursos de resiliência.

No que diz respeito ao Índice Geral de Sintomas este surgiu significativamente e positivamente relacionado com a Perturbação de Ansiedade Generalizada ($r = 0.66$; $p = 0.000$), Perturbação Pós-Stress Traumático ($r = 0.73$; $p = 0.000$), Depressão Major ($r = 0.75$; $p = 0.000$), Suicídio ($r = 0.51$; $p = 0.000$), Problemas de Autoconceito ($r = 0.53$; $p = 0.000$) e com os Problemas Interpessoais ($r = 0.69$; $p = 0.000$). O IGS surgiu também negativamente e significativamente relacionado com as seguintes escalas do HKRAM: Envolvimento na Escola ($r = -0.12$; $p = 0.002$), Envolvimento em Casa ($r = -0.27$; $p = 0.000$), Resiliência Externa ($r = -0.16$; $p = 0.000$), Resiliência Interna ($r = -0.11$; $p = 0.000$) e Resiliência Total ($r = -0.19$; $p = 0.000$).

Assim sendo, podemos verificar que os adolescentes que apresentam sintomas psicopatológicos de maior intensidade têm mais propensão para exibir um tipo de sintomatologia específica e reportar menos recursos de resiliência.

Por sua vez, e tal como esperado, todas as escalas da APS-SF surgem significativamente e positivamente associadas entre si (nomeadamente, Problemas Académicos, Perturbação de Ansiedade Generalizada, Perturbação de Pós-Stress Traumático, Depressão Major, Problemas de Autoconceito, Suicídio e Problemas Interpessoais).

No que diz respeito à correlação entre as escalas de HKRAM e as escalas da APS-SF podemos verificar que se encontram negativamente e significativamente correlacionadas, o que sugere que os adolescentes que apresentam algum tipo de sintomatologia percecionam, no geral, menos recursos de resiliência para lidar com a adversidade. Porém, é também possível constatar que a escala Envolvimento com os Pares não apresenta correlações significativas com as escalas da APS-SF, nomeadamente, a Perturbação de Ansiedade Generalizada ($r = -0.05$; $p = 0.262$), Perturbação de Pós-Stress Traumático ($r = -0.04$; $p = 0.331$) e Suicídio ($r = -0.04$; $p = 0.304$), bem como, que a escala Recursos Resiliência Interna não surge significativamente associada com a escala Perturbação de Ansiedade Generalizada ($r = -0.07$; $p = 0.085$).

Tabela 12 Correlações entre o Índice Geral de Sintomas do BSI e as escalas do APS-SF e as escalas do HKRAM (N = 620).

	I	IGS	PAG	PPST	DEP	SUI	PAC	PIP	EE	EC	ECM	EP	RE	RI	RT
I	-														
IGS	0.15**	-													
PAG	0.20**	0.66**	-												
PPST	0.19**	0.73**	0.81**	-											
DEP	0.17**	0.75**	0.74**	0.82**	-										
SUI	0.03	0.51**	0.40**	0.47**	0.58**	-									
AC	0.01	0.53**	0.46**	0.52**	0.63**	0.53**	-								
PIP	0.10*	0.69**	0.69**	0.76**	0.75**	0.53**	0.62**	-							
EE	0.25**	-0.12**	-0.13**	-0.14**	-0.18**	-0.09*	-0.26**	-0.14**	-						
EC	0.16**	-0.27**	-0.19**	-0.26**	-0.31**	-0.29**	-0.35**	-0.26**	0.41**	-					
ECM	0.16**	-0.05	-0.09*	-0.09*	-0.17**	-0.10*	-0.23**	-0.10*	0.45**	0.48**	-				
EP	0.01	-0.05	-0.05	-0.04	-0.09*	-0.04	-0.24**	-0.15**	0.37**	0.39**	0.35**	-			
RE	0.19**	-0.16**	-0.16**	-0.18**	-0.25**	-0.18**	-0.36**	-0.21**	0.75**	0.76**	0.79**	0.68**	-		
RI	0.07	-0.11**	-0.07	-0.08*	-0.16**	-0.11**	-0.34**	-0.14**	0.43**	0.57**	0.48**	0.56**	0.68**	-	
RT	0.20**	-0.19**	-0.17**	-0.20**	-0.27**	-0.17**	-0.39**	-0.24**	0.70**	0.68**	0.68**	0.63**	0.90**	0.84**	-

Nota: I = Idade dos Adolescentes; IGS = Índice Geral de Sintomas; PAG = Perturbação de Ansiedade Generalizada; PPST = Perturbação de Pós-Stress Traumático; DEP = Depressão Major; SUI = Suicídio; PAC = Problemas de Autoconceito e PIP = Problemas Interpessoais; EE = Escada do Envolvimento na Escola; EC = Escala do Envolvimento em Casa; ECM = Escala do Envolvimento na Comunidade; EP = Escala do envolvimento com os pares; RE = Recursos de Resiliência Externa; RI = Recursos de Resiliência Interna; RT = Recursos de Resiliência Total; * $p \leq 0.001$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.05$.

4.4. Efeito preditor da Psicopatologia do tipo Internalizante

Com base nos resultados encontrados na tabela de correlações (tabela 13), entre as escalas de HKRAM, APS-SF e idade enquanto variável sociodemográfica realizámos uma análise de regressão hierárquica com o intuito de analisar o efeito preditor destas variáveis referentes a psicopatologia de tipo internalizante em estudo. Consideramos dois blocos preditores: a variável sociodemográfica (idade) e a escala de resiliência total do HKRAM.

Relativamente aos resultados obtidos foi possível verificar que com a inclusão da idade no Bloco I na escala de Perturbação de Ansiedade Generalizada explica cerca de 4% da variância ($F = 26.45$; $p = 0.000$) e que com a inclusão da resiliência total no Bloco II o valor aumenta para 5% ($F = 19.21$; $p = 0.000$).

No que concerne à Perturbação de Pós-Stress Traumático verificamos que o bloco I explica cerca de 3% da variância ($F = 22.70$; $p = 0.000$). Com a introdução do Bloco II o valor aumenta para 6% ($F = 20.78$; $p = 0.000$).

Considerando a escala Depressão Major é possível observar que o Bloco I explica cerca de 2% da variância ($F = 17.78$; $p = 0.000$) e com a inclusão do Bloco II o valor é incrementado para 8% ($F = 29.73$; $p = 0.000$).

No que respeita à escala do Suicídio é possível verificar que o Bloco I explica 0% da variância ($F = 0.39$; $p = 0.533$) mas com a introdução do Bloco II o valor é aumentado para 3% ($F = 10.93$; $p = 0.000$) emergindo aqui um único preditor individual significativo: Resiliência Total ($\beta = -0.18$; $t = -4.63$; $p = 0.000$).

Relativamente ao Autoconceito verificamos que o Bloco I explicava 0% da variância ($F = 0.06$; $p = 0.806$), no entanto com a inclusão do Bloco II o valor aumentou para 16% ($F = 62.00$; $p = 0.000$), sendo a resiliência total o único preditor individual significativo ($\beta = -0.41$; $t = -11.13$; $p = 0.000$).

Finalmente, no que diz respeito aos Problemas Interpessoais verificou-se que o Bloco I explica cerca de 1% da variância ($F = 6.48$; $p = 0.011$) no entanto, com a inclusão do Bloco II o valor é incrementado para 6% ($F = 19.92$; $p = 0.000$).

Tabela 13 Efeito preditor da Idade e da Resiliência Total nas diferentes Psicopatologias do tipo Internalizante.

	PAG			PPST			DEP			SUI			PAC			PIP		
	R^2	ΔR^2	β	R^2	ΔR^2	β	R^2	ΔR^2	β	R^2	ΔR^2	β	R^2	ΔR^2	β	R^2	ΔR^2	β
Bloco I	0.04	0.03		0.03	0.03		0.02	0.02		0.00	-0.00		0.00	-0.00		0.01	0.00	
Idade			0.20**			0.18**			0.16**			-0.02			-0.01			0.10**
Bloco II	0.05	0.05		0.06	0.06		0.08	0.08		0.03	0.03		0.16	0.16		0.06	0.05	
Idade			0.17**			0.15**			0.11**			-0.06			0.09			0.05**
RES Total			-0.13**			-0.17**			-0.25**			-0.18**			-0.41**			-0.22**

Nota: RES Total = Resiliência Total; PAG = Perturbação de Ansiedade Generalizada; PPST = Perturbação de Pós-Stress Traumático; DEP = Depressão Major; SUI = Suicídio; PAC = Problemas de Autoconceito; PIP = Problemas Interpessoais; * $p \leq 0.01$; ** $p \leq 0.05$.

5. Discussão

O nosso estudo teve como principais objetivos avaliar a prevalência de sintomatologia do tipo internalizante em adolescentes da população algarvia e compreender a relação entre os recursos de resiliência e a presença deste tipo de sintomatologia. De forma a dar resposta aos nossos objetivos, colocamos algumas questões que investigação que pretendemos dar resposta nesta discussão.

5.1. Identificar as variáveis sociodemográficas que possam estar associadas à perturbação do tipo internalizante.

Ao longo do estudo podemos observar que as variáveis sociodemográficas que mais influenciam a psicopatologia do tipo internalizante são: o sexo do adolescente – as raparigas apresentaram mais sintomatologia do tipo internalizante, nomeadamente, problemas de ansiedade e depressão comparativamente com os rapazes. Este resultado corrobora o de outros estudos, que referem que as raparigas têm mais tendência a relatarem problemas psicopatológicos de tipo internalizante que os rapazes (*e.g.*, McLaughlin & King, 2015; Fink, et al., 2015; Rutter, 2007).

A idade do adolescente foi também considerada uma variável com importância no nosso estudo, uma vez que os adolescentes que se encontram na faixa etária dos 15-19 anos apresentam valores médios mais elevados ao nível de psicopatologia, sendo que estes resultados sugerem que quanto mais velhos são os adolescentes, mais problemas de psicopatologia do tipo internalizante podem apresentar. Estes resultados vêm corroborar o estudo feito por Heneghan, et al. (2015), que refere que os adolescentes mais velhos têm mais probabilidade de apresentarem comportamentos de risco para a saúde e de Lemos (2007) e Lemos, Faísca & Valadas (2011) que referiram que adolescentes mais velhos estão mais expostos a um conjunto de desafios e tarefas desenvolvimentais que são geradores de mais problemas do tipo internalizante.

De acordo com alguns autores (*e.g.*, Fatori, Curto, Bordin, & Paula, 2013; Fergus & Zimmerman, 2005; Masten & Garmezy, 1984; Masten & Obradovic, 2006; Rutter, 2008) o nível socioeconómico é considerado uma variável de impacto em adolescentes em risco psicossocial. Estes autores indicaram que adolescentes que vivem em famílias de NSE baixo apresentam mais problemas de tipo externalizante e internalizante

comparativamente a famílias de NSE alto. Relativamente à nossa amostra, não foram encontrados resultados significativos entre psicopatologia do tipo internalizante e o NSE dos participantes. Estes resultados podem ser explicados devido à classificação do NSE em três níveis (baixo, médio e alto), pelo que talvez estes níveis não descreminem suficientemente os adolescentes em maior risco psicossocial.

A zona de residência tem sido associada a problemas de tipo externalizantes nos adolescentes. Assim, têm sido encontrados significativamente mais problemas de comportamento em adolescentes a residir em cidades (Lemos & Faísca, 2015). No que se refere a problemas de tipo internalizante, verificamos que os adolescentes que vivem em zona urbana apresentavam valores médios superiores de psicopatologia deste tipo, relativamente aos indivíduos que viviam em zona rural: no entanto não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos nesta variável.

Ao comparar os grupos segundo o tipo de estrutura familiar relativamente ao relato de problemas do tipo internalizante, verificamos que não existiam diferenças significativas entre grupos, pelo que podemos concluir que a estrutura familiar não parece ter influência ao nível da psicopatologia do tipo internalizante. Um estudo de Smetana, Campione-Barr & Metzger (2006) referiu que as mudanças estruturais na família atualmente são comuns, no entanto, estas mudanças podem produzir efeitos negativos nas famílias, nomeadamente, na quebra de comunicação entre pais e filhos. Ao mesmo tempo, se estas mudanças ocorrerem de forma estável podem não contribuir negativamente na vida do adolescente.

5.2. Identificar variáveis sociodemográficas e familiares que possam estar associadas à resiliência interna e externa.

Num segundo momento, a nossa questão debruçou-se sobre o estudo das variáveis (sexo, idade, separação face aos pais e tamanho da família) relativamente às escalas do HKRAM. Os resultados de comparação de grupos em função do sexo, sugerem que as raparigas têm mais competências ao nível das relações com os pares e da resiliência interna do que os rapazes, sendo este recurso um potencial preditor de sucesso ao longo da vida do indivíduo. Vários estudos (*e.g.*, Fatori, Curto, Bordin, & Paula, 2013; Fergus & Zimmerman, 2005; Kazdin, Kraemer, Kessler, Kupfer, & Offord, 1997) têm relatado que o suporte/envolvimento com os pares é importante para o adolescente, na medida em

que este obtém experiências relacionais fora do meio familiar e possibilita-lhes a aquisição de competências a nível relacional/emocional. Ao mesmo tempo os recursos internos de resiliência que estão associados (*e.g.*, autoeficácia, autoconceito) à sua prevalência em raparigas e não em rapazes.

Os resultados das análises efetuadas sugerem que os adolescentes da faixa etária mais jovem (12-14 anos) apresentam mais recursos de resiliência externa e níveis de envolvimento em casa, na escola e na comunidade do que os adolescentes que pertencem à faixa etária superior (15-19 anos), refletindo estes resultados uma maior perceção de resiliência externa e resiliência total. Estes resultados podem estar associados a uma menor autonomia dos adolescentes mais novos em relação à família. Tal como Claes (1990) assinalou, as etapas desenvolvimentais tendem a complexificar-se com a idade, e a modificação na socialização proporciona ao indivíduo maior número de experiências, não só com a família, mas também com o grupo de pares, o que sugere uma menor capacidade de lidar com a adversidade face à dos outros adolescentes.

A família tem o papel fundamental de integrar e organizar o desenvolvimento dos adolescentes (Rozemberg, Avanci, Sckenker & Pires, 2002; Silva, 2004). Como tal, no nosso estudo tentámos compreender de que forma o tamanho da família pode contribuir para o desenvolvimento da resiliência nos adolescentes. Assim, encontrámos valores médios significativos nas famílias que são constituídas por um maior número de elementos. Os nossos resultados corroboram os estudos de Smetana, Campione-Barr, & Metzger (2006) em que as famílias maiores, nomeadamente com uma maior fratria, apresentam mais competências de socialização, tais como afetividade, menor competição e maior gestão de conflitos entre as partes.

5.3. Analisar a relação entre sintomatologia do tipo internalizante e os recursos de resiliência externos e internos.

Podemos constatar que de forma geral resultados encontrados entre os Índice Geral de Sintomas do BSI e a escalas de HKRAM sugerem associações negativas e significativas entre si. Assim, podemos afirmar que os adolescentes que apresentam menos recursos de resiliência apresentam também índice de psicopatologia mais elevado, na análise dos resultados podemos verificar que os adolescentes apresentam menos

recursos de resiliência para lidar com a adversidade. No entanto porque o BSI pode não apresentar especificidade suficiente na triagem de problemas psicopatológicos nestes adolescentes, devemos confirmar as associações existentes entre as escalas da APS-SF e as escalas do HKRAM.

Assim, na análise das correlações entre as escalas de psicopatologia do tipo internalizante e as escalas de resiliência, compreendemos que estas estão associadas entre si de forma negativa e significativa. Pelo que, podemos concluir nesta amostra que os adolescentes que revelam psicopatologia têm menos recursos de resiliência para lidar com adversidade. Diversos autores (*e.g.*, Olsson et al., 2003; Rutter, 2006; Sandler, 2002) referem que indivíduos resilientes apresentam menos problemas psicológicos, boa capacidade de funcionamento e competências sociais embora tenham experienciado situação de adversidade significativa e/ou stresse, estes resultados vem corroborar o nosso estudo. Mas ao mesmo tempo, outros estudos (*e.g.*, Kazdin, Kraemer, Kessler, Kupfer & Offord, 1997; Masten, 2001; Zolkoski & Bullock, 2012) referem que indivíduos que experienciem ameaças significativas no seu bem-estar durante um longo período de tempo podem apresentar mais problemas de adaptação psicossocial ao longo da sua vida.

5.4. Analisar o impacto das variáveis sociodemográficas (idade) e os recursos de resiliência (internos e externos) no relato de psicopatologia do tipo internalizante.

No modelo explicativo que propomos para a psicopatologia do tipo internalizante em adolescentes, constatámos que os preditores mais significativos eram a idade do adolescente e a resiliência total. Os resultados encontrados no modelo final mostram que a resiliência total foi o único preditor individual significativo, que explicava 16% dos problemas de autoconceito. Na literatura, não foi possível encontrar nenhum estudo que unisse o poder explicativo deste fator relativamente aos problemas de autoconceito, ainda assim, procuramos outros estudos que explicassem estas variáveis separadamente. É de salientar na literatura que as qualidades individuais de cada sujeito estão associadas a recursos de resiliência interna, alguns autores (*e.g.*, Dekóvic, 1999; Fatori, Isabel, Curto, & Cristiane, 2013; Fergus & Zimmerman, 2005; Kazdin, Kraemer, Kesslen, Kupfer, &

Offord, 1997) referem que o autoconceito, autoeficácia, autoestima são atributos individuais que ajudam o indivíduo a lidar com as situações de adversidade.

Nesta linha de pensamento, Evans & Seaman (2000) referem que o autoconceito tem sido reconhecido como um constructo multidimensional, pois engloba a competências sociais, cognitivas e físicas, no fundo distingue vários aspetos inerentes ao *self*. Ou seja, a existência de problemas de autoconceito aumenta a dificuldade do indivíduo lidar com os acontecimentos adversos da sua vida, mas pelo contrário se existir um autoconceito global pode servir como fator de proteção contra sintomas psicopatológicos, permitindo compensar as experiências negativas.

É de salientar também que no modelo final, a idade e a resiliência total, explicavam apenas 8% da Depressão. Este resultado, embora pouco robusto, aponta no sentido de outros estudos (*e.g.*, Costello, et al., 2002; McLaughlin & King, 2015) que referem que existe maior prevalência da depressão durante a fase da adolescência e que esta se deve ao período de desenvolvimento. Concluimos então que se a depressão está mais presente na adolescência, e que, ao mesmo tempo, os adolescentes mais velhos reportam menos recursos de resiliência para lidar com a adversidade, então, tal como referem Rutter (2006), Rutter (2013) e Sandler (2001), as competências e/ou recursos de resiliência internos e externos ao indivíduo são fulcrais para que este consiga lidar com a adversidade e manter uma boa saúde mental.

6. Conclusão e limitações do estudo

A realização deste estudo permitiu-nos compreender, tal como supusemos inicialmente, que as variáveis sociodemográficas e familiares têm influência ao nível da psicopatologia de tipo internalizante. Na análise destas variáveis verificamos fundamentalmente que a psicopatologia do tipo internalizante afeta mais raparigas do que rapazes adolescentes. Para além disso, foi possível também concluir que os adolescentes que se encontram numa faixa etária superior (15-19 anos) reportam mais problemas do tipo internalizante. Tal como Lemos (2007) referiu no seu estudo, os adolescentes mais velhos estão expostos a um conjunto de desafios e tarefas desenvolvimentais que são geradoras de mais problemas do tipo internalizante.

Também no presente estudo, o nível socioeconómico surge como uma variável com pouco impacto ao nível da psicopatologia do tipo internalizante. No entanto, esta variável surge significativamente associada com psicopatologia do tipo externalizante noutros estudos (*e.g.*, Fergus & Zimmerman; 2005). Seria, de toda a pertinência que futuramente, na caracterização de grupos segundo o tipo de família, fossem categorizadas separadamente as famílias intactas, de recasamento, monoparentais e outros tipos de família, para podermos compreender se, tal como surgem noutros estudos, a monoparentalidade é um fator relevante na presença de psicopatologia do tipo internalizante. Ao nível dos recursos de resiliência apresentados, concluímos que o envolvimento em casa/família e com os pares são sem dúvida os recursos mais importantes na saúde mental dos adolescentes. A família porque é o primeiro meio de socialização e é aquela que proporciona ao indivíduo meios e competências para lidar com o mundo externo; os pares porque contribuem para a identidade social do adolescente e para o seu bem-estar.

De uma forma geral, relativamente à relação existente entre a psicopatologia do tipo internalizante e a resiliência interna e externa, concluímos que os adolescentes da nossa amostra que apresentavam sintomas psicopatológicos de tipo internalizante, apresentavam também menos recursos de resiliência para lidar com a adversidade. Estes resultados vão ao encontro dos estudos de outros autores (*e.g.*, Werner, 1996; Masten, 2001; Rutter, 2006; Ungar, 2012) que demonstram essencialmente que a resiliência pode ser favorecida pela presença de fatores protetores, tais como, um bom suporte/rede social, família apoiante e estruturadora, uma boa relação com os pares. Assim sendo, os nossos

resultados vêm sugerir que os adolescentes que apresentam vulnerabilidade tanto a nível individual (autoconceito, autoestima, autoeficácia) como a nível contextual (família, pares, escola, comunidade) têm mais propensão para apresentarem problemas psicopatológicos e ao mesmo tempo, menos recursos de resiliência.

Relativamente à capacidade preditiva das variáveis face à psicopatologia do tipo internalizante, concluímos que não existiram resultados preditores estatisticamente significativos. Compreendemos que o autoconceito é uma dimensão significativa para a presença ou ausência de psicopatologia do tipo internalizante, no entanto, os valores encontrados não têm uma capacidade preditiva alta. Todavia, do ponto de vista desenvolvimental o autoconceito está alicerçado na construção da identidade do indivíduo.

No que diz respeito às limitações do estudo, podemos mencionar, em primeiro lugar, o tipo de amostragem e a especificidade geográfica, as quais não permitem que se generalizem os resultados obtidos à restante população nacional. Em segundo lugar, os tipos de instrumentos de autorresposta são limitativos das respostas, que podem ser induzidas por desejabilidade social, do que se utilizássemos uma abordagem qualitativa.

Como proposta para investigações futuras, propomos que sejam estudadas especificamente as relações entre o autoconceito e a resiliência, de modo a compreender a influência deste tipo de perturbação psicológica na capacidade do indivíduo de se adaptar e obter bons resultados ao longo da sua vida.

Referências Bibliográficas

- Association, A. P. (2014). *DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bernard, B. (1991). *Protective factors in the family, school and community*. Portland, OR: Elementary and Childhood Education.
- Berzin, S. C. (2010). Vulnerability in the transition to adulthood: Defining risk based on youth profiles. *Children and youth Services Review*, 487-495.
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da Adolescência*. Lisboa: Climepsi.
- Bradley, R. H., & Corwyn, R. F. (2002). Socioeconomic status and child development. *Annual Reviews Psychology*, 71-99.
- Campbell-Sills, L., Cohan, L. S., & Stein, B. M. (2006). Relationship of resilience to personality, coping and psychiatric symptoms in young adults. *Journal of abnormal child Psychology*, 30: 431-446.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos-BSI. Em M. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida, *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. 2, pp. 96-109). Braga: APPORT/SO.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos-BSI. Em M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida, *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (pp. 96-109). Braga: APPORT/SO.
- Claes, M. (1990). *Os Problemas da Adolescência* (2ª ed.). Lisboa: Editora Verbo.
- Constantine, N., Bernard, B., & Diaz, M. (1999). Measuring Protective Factors and Resilience Traits in Youth: The Healthy Kids Resilience Assessment. *Seventh Annual Meeting of the Society for Prevention Research*.
- Costello, J. E., Pine, D. S., Hammen, C., Marco, J. S., Poltsky, P. M., Weissman, M. M., . . . Leckman, J. F. (2002). Development and Natural History of mood disorders. *Society of Biological Psychiatry*, 529-542.
- Dekovic, M. (1999). Risk and protective factors in the development of problems behavior during adolescence. *Journal of youth and adolescence*, 28, 667-685.
- Derogatis, L. R. (1977). SCL-90: Administration, scoring and procedures manual.
- Drabick, D. A., & Kendall, P. C. (2010). Developmental Psychopathology and the diagnosis of mental health problems among youth. *Child Psychol*, 272-280.
- Erikson, E. H. (1976). *Identidade, Juventude e Crise*. Zahar Editores.
- Evans, D. W., & Seaman, J. L. (2000). Developmental aspects of psychological defenses: Their relation to self-complexity, self perception and symptomatology in adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 237-254.
- Fatori, D., Curto, B. M., Bordin, I. A., & Paula, C. S. (2013). Influence of psychosocial risk factors on the trajectory of mental health problems from childhood to adolescence: longitudinal study. *BMC Psychiatry*, 13:31.
- Fergus, S., & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent Resilience: A framework for understanding health development in the face of risk. *Annual Reviews Public Health*, 26: 399-419.
- Fink, E., Patalay, P., Sharpe, H., Holley, S., Deighton, J., & Wolpert, M. (2015). Mental Health difficulties in early adolescence: a comparison of two cross-section studies in England from 2009 to 2014. *Journal Adolescent Health*, 502-507.

- Garnezy, N., & Masten, A. (1984). The study of stress and Competence in Children: A building block for developmental psychopathology . *Society for Research in Child Development*, 55: 97-111.
- Gowers, S. (2005). Development in adolescence. *The Medicine Publishing Company Ltd*, 4:6.
- Heneghan, A., Stein, R. E., Hurlburt, M. S., Jhang, J., Rolls-Reutz, J., Kerker, B. D., . . . Horwitz, S. M. (2015). Health-Risk Behaviors in teens investigated by U.S Child Welfare Agencies. *Journal Adolescent Health*, 508-514.
- Hinshaw, S. P. (2002). Process, mechanism an explanation related to externalizing behavior in developmental psychopathology. *Journal of abnormal child psychology*, 431-446.
- Hudziak, R. J., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., & Pine, D. S. (2007). A dimensional approach to developmental psychopathology. *Internacional Journal of Methods in Psychiatric Research* , S16-S23.
- Kadzin, A. E., & Buela- Casal, G. (2001). *Conduta Anti-Social. Avaliação, tratamento, prevenção na infância e na adolescência* . Amadora: MacGraw-Hill.
- Kazdin, A. E., Kraemer, H. C., Kessler, R. C., Kupfer, D. J., & Offord, D. R. (1997). Contributions of risk-factor research to developmentl psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 375-406.
- Lemos, I. (2007). *Familia, psicopatologia e resiliência: Do risco psicossocial ao risco delinquente*. Universidade do Algarve. Faro: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.
- Lemos, I. T., Faísca, L. M., & Valadas, S. C. (2008). O estudo das caraterísticas psicométricas do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) em adolescentes portugueses. *XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga.
- Lemos, I. T., Faisca, L. M., & Valadas, S. T. (2011). Assessment of Psychopathological Problems in the school context: The psychometric properties of a portuguese version of the Adolescent Psychopathology scale-short form. *Journal of Psycheducational Assessment*, 63-74.
- Lemos, I., & Faísca, L. (2015). Psychosocial adversity, delinquent pathway and internalizing psychopathology in juvenile male offenders. *Internacional Journal of law and Psychiatry*.
- Luthar, S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construt of resilience: A critical evolution and guidelines for future work. *Society for Research in Child Development*, 71, 543-562.
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2005). *Adolescência e Psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editora.
- Marta, E. (1997). Parent-adolescent interaction and psychosocial risk in adolescents: an analysis of comunication, support and gender. *Journal of adolescent* , 473-484.
- Martins, H. (2005). *Contribuições para a análise de crianças e jovens em risco: resiliencia e desenvolvimento*. Dissertação de Douturamento em Psicologia Educacional, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Faro.
- Martins, M. H. (Outubro de 2007). Resiliência: para além da adversidade e do risco! *Actas do II Congresso Família, Saúde e Doença Modelos, Investigação e Práticas em diversos contextos de saúde*. Braga: Universidade do Minho.

- Masten, A. (2001). Ordinary Magic: Resilience Processes in development. *American Psychological Association*, 56, 227-238.
- Masten, A., & Obradovic, J. (2006). Competence and resilience in development. *New York Academy of science*, 13-27.
- Oliva, A. (2004). Desenvolvimento da Personalidade durante a Adolescência. Em C. Coll, Á. Marchesi, & J. Palácios, *Desenvolvimento Psicológico e Educação*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Olsson, C. A., Bond, L., Burns, J. B., Vella-Brodrick, D. A., & Sawyer, S. M. (2003). Adolscent resilience: a concept analysis. *Journal of Adolescence*, 1-11.
- Reynolds, W. M. (2000). *Adolescent Psychopathology Scale-Short Form: Professional Manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Ribeiro, J. P. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde* (2ª ed.). Lisboa: Placebo.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for Scientific understanding. *New Work Academy of Science*, 1094: 1-12.
- Rutter, M. (2007). Psychopathological Development Across Adolescence. *Journal Youth Adolescence* , 36: 101-110.
- Rutter, M. (2013). Annual Research Review: Resilience - clinical implications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54:4, 474-487.
- Rutter, M., & Sandberg, S. (1985). Epidemiology of Child Psychiatric Disorder: Methodological Issues and Some Substantive Findings. *Child Psychiatry and Human Development*, 15 (4), 209-233.
- Schlegel, A., & Hewlett, B. L. (2011). Contributions of Anthropology to the study of Adolescence. *Journal Research on Adolescence*, 281-289.
- Shin, Y.-M., Sung, M.-J., Lim, K.-Y., Park , K.-S., & Cho, S.-M. (2012). The Pathway of Internalizing and Externalizing Problems from Childhood to Adolescence: A Prospective Study from Age 7 to 14–16 in Korea. *Community Ment Health J*, 48:384–391.
- Silva, A. M. (2004). *Desenvolvimento de competências Sociais nos adolescentes*. Lisboa: Climepsi.
- Simões, M. (1994). *Investigação no âmbito da aferição nacional ao teste das Matrizes Progressivas de Raven (MPCR)*. Tese de Doutoramento em Psicologia, especialização em psicologia, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra,.
- Smetana, J. G., Campione-Barr, N., & Metzger, A. (2006). Adolescent development e interpersonal and societal contexts. . *Annual Reviews Psychology*, 255-84.
- Sprinthall, N. A., & Collins, W. A. (2011). *Psicologia do Adolescente: uma abordagem desenvolvimentista* (5ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Truffino, C. J. (2010). Resilience: An approach to the concept. *Revista de Psiquiatria e Salud Mental*, 3(4): 145-151.
- Ungar, M. (2004). A contructionist discourse on resilience: Multiple contexts, multiple realities among at-risk children and youth. *Youth & Society*, 35, 241-365.
- Ungar, M. (2008). Resilience across cultures. *British Journal of Social Work*, 38, 218-235.
- Ungar, M. (2012). Researching nd teorizing resilience across cultures and contexts. *Preventive Medicine*, 387-389.

- Ungar, M., Ghazinour, M., & Richter, J. (2013). Annual Research Review: What is resilience within the social ecology of human development? *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 54:4, 348-366.
- Werner, E. E. (1996). Vulnerable but invincible: High risk children from birth to adulthood. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 5: 47-51.
- Windle, G., Bennet, K., & Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and quality of life outcomes*, 9:8.
- Zolkoski, S. M., & Bullock, L. M. (2012). Resilience in children and youth: A review. *Children and youth Services Review*, 2295-2303.

Anexos

Anexo 1: Ficha de dados Sociodemográficos

Escola: _____ Ano de escolaridade: _____

Sexo: M ☐ F ☐ Idade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Onde é que nasceste? _____

Localidade onde vives? _____ Zona urbana ☐ Zona rural ☐

Já reprovaste algum ano? Não ☐ Sim ☐ Quantos anos? _____

Dados da família:

Idade do pai: _____

Profissão do pai: _____

Habilitações literárias do pai:

- ☐ Sem estudos
- ☐ Ensino Básico (1º ciclo)
- ☐ Escolaridade obrigatória (9º ano)
- ☐ Ensino Secundário (12º ano) ou Ensino Profissional
- ☐ Ensino Superior (bacharelato / licenciatura ou mais)

Idade da mãe: _____

Profissão da mãe: _____

Habilitações literárias da mãe:

- ☐ Sem estudos
- ☐ Ensino Básico (1º ciclo)
- ☐ Escolaridade obrigatória (9º ano)
- ☐ Ensino Secundário (12º ano) ou Ensino Profissional
- ☐ Ensino Superior (bacharelato / licenciatura ou mais)

Com quem viveste até aos 12 anos? _____

Se viveste com os teus pais, estiveste separado deles mais tempo do que um mês (sem contar com as férias?) Sim ☐ Não ☐

E estiveste separado de quem? Mãe ☐ Pai ☐ Ambos ☐

Porquê? _____

Com quem é que viveste nessa altura? _____

1. Assinala a situação que corresponde melhor à situação dos teus pais:

- ☐ O meu pai e a minha mãe estão separados
- ☐ O meu pai e a minha mãe estão divorciados
- ☐ O meu pai e a minha mãe vivem juntos
- ☐ O meu pai casou novamente com outra pessoa
- ☐ A minha mãe casou novamente com outra pessoa
- ☐ O meu pai já faleceu
- ☐ A minha mãe já faleceu

2. Se tens irmãos, indica para cada um deles o seguinte:

Idade (anos)	Sexo (Rapaz/ rapariga)	Escolaridade (ano)	Estado Civil (solteiro, casado, etc.)	Profissão

3. Vives com: A tua família ☐ ou num colégio ☐

4. Indica as pessoas que vivem contigo em casa:

Parentesco (mãe, pai, padrasto, avó, irmão, pai adoptivo, etc.)	Idade (anos)	Escolaridade (Sem estudos, estudos primários, secundários ou superiores)	Estado Civil (casado, solteiro, divorciado, etc.)	Profissão

Anexo 2: Nível Socioeconómico

Classificação do nível sócio-económico do agregado familiar (Simões, 1994)
NSE baixo - trabalhadores assalariados, por conta de outrem, trabalhadores não especializados da indústria e da construção civil, empregados de balcão no pequeno comércio, contínuos, cozinheiros, empregados de mesa; empregadas de limpeza, pescadores, rendeiros, trabalhadores agrícolas, vendedores ambulantes, trabalhadores especializados da indústria (mecânicos, electricistas), motoristas; até ao 8º ano de escolaridade obrigatória;
NSE médio - profissionais técnicos intermédios independentes, pescadores proprietários de embarcações; empregados de escritório, de seguros e bancários; agentes de segurança, contabilistas; enfermeiros, assistentes sociais; professores do ensino básico e secundário; comerciantes e industriais; do 9º ao 12º ano de escolaridade; cursos médios e superiores;
NSE elevado - grandes proprietários ou empresários agrícolas, do comércio e da indústria; quadros superiores da administração pública, do comércio, da indústria e de serviços, profissões liberais (gestores, médicos, magistrados, arquitectos, engenheiros, economistas, professores do ensino superior); artistas; oficiais superiores das forças militares e militarizadas; pilotos da aviação; do 4º ano de escolaridade (de modo a incluir grandes proprietários e empresários) à licenciatura, mestrado ou doutoramento.